



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

**Relación entre conocimientos y actitudes de pediatras
con el de las madres respecto a prevención en salud
bucal en niños de 0 a 36 meses de edad; en el
HONADOMANI San Bartolomé- MINSA, 2018**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Joel Armando VILLANUEVA CRUZ

ASESOR

Juana Rosa BUSTOS DE LA CRUZ

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Villanueva, J. Relación entre conocimientos y actitudes de pediatras con el de las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad; en el HONADOMANI San Bartolomé- MINSA, 2018 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2019.

Hoja de metadatos complementarios

- **Código ORCID del autor:** <https://orcid.org/0000-0001-6326-2735>
- **Código ORCID del asesor:** <https://orcid.org/0000-0002-4656-4026>
- **DNI o pasaporte del autor:** 40808703
- **Grupo de investigación:**
- **Institución que financia la investigación:**
- **Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación:**
Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé
(12°02'59.1"S 77°02'31.0"W)
- **Año o rango de años que la investigación abarcó:** 2018



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el siete de junio del 2019, por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller:

VILLANUEVA CRUZ, Joel Armando

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis « **RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PEDIATRAS CON EL DE LAS MADRES RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD; EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ-MINSA, 2018** » y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento..... *Sobresaliente*....., siendo calificado con un promedio

de:..... *Dieci nueve*..... *19*.....

(en letras)

(en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los siete días del mes de junio del dos mil diecinueve.

PRESIDENTE DEL JURADO

MIEMBRO

Dra. María Angelica Alvarez Páucar

Mg. Lourdes Ángela Benavente Lipa

MIEMBRO (ASESOR)

C.D. Juana Rosa Bustos De La Cruz

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

DEDICATORIA

A Dios por darme siempre las fuerzas para seguir adelante a pesar de los obstáculos que se me presentaron en el camino.

A mis queridos padres, Raúl y Marina, por siempre confiar en mí y apoyarme incondicionalmente. Además, por ser siempre ese bastón sobre el cual pude apoyarme cuando más lo necesité.

A mi hermana Maribel, por ser una segunda madre para mí, por ser tan linda y comprensiva conmigo, por creer y confiar en mí en todo momento.

A mis otros dos hermanos, Alexis y Patricia, por los consejos y la ayuda constante.

A mis maestros y asesores, quien sin su ayuda no hubiera podido salir adelante con esta tesis. Gracias de todo corazón, por ser esos guías que orientaron mi camino.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi asesora de tesis, la C.D. Juana Bustos De la Cruz, por guiarme en esta tarea y por el continuo asesoramiento durante la presente investigación. Sin sus valiosos aportes y consejos nada de esto hubiera sido posible.

A las otras dos doctoras miembros de mi jurado, la Mg. Lourdes Benavente Lipa y la Dra. María Angélica Álvarez, por su paciencia, motivación, apoyo incondicional y sobre todo por los constantes consejos y sugerencias durante todas las fases de la investigación.

A mi alma mater, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a todos los docentes de la presente Facultad, por haber ayudado en mi formación profesional y personal, inculcándome valores y conocimientos que me servirán en mi experiencia diaria.

A todos los médicos del Hospital San Bartolomé, en especial al jefe de Departamento de Pediatría, el Dr. Augusto Amorós Cortés; y así también a la jefa de Servicio de Crecimiento y Desarrollo, la Dra. Sandra Cusicanqui Serrano, por permitirme ejecutar y realizar mi proyecto de investigación.

A mi amiga Rosita Malpartida Bravo, por su incondicional y sincero apoyo durante la ejecución de mi investigación, además de sus múltiples consejos.

RESUMEN

Objetivo: Relacionar los conocimientos y actitudes de los pediatras con el de las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad; en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, en el 2018. **Materiales y Métodos:** La muestra estuvo conformada por 30 pediatras y 121 madres de hijos de 0 a 36 meses de edad que asistieron a los distintos servicios del hospital San Bartolomé durante el mes de diciembre del 2018, se utilizaron dos cuestionarios de opción múltiple para medir los conocimientos y las actitudes que presentaban respecto a prevención en salud bucal en la primera infancia. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, utilizándose tablas de frecuencia y contingencia. **Resultados:** Se encontró un mayor porcentaje de pediatras (83,3%) con una experiencia profesional mayor o igual a 6 años; en cuanto a los datos sociodemográficos de las madres se encontró que el rango de edad prevalente fue de 21-30 años (47,1%); el grado de instrucción más predominante fue secundaria (39,1%) y que el 40,5% de las madres tienen solo 1 hijo. Se observa que existe un comportamiento similar entre los conocimientos y actitudes de los pediatras con el de las madres respecto a prevención en salud bucal en la primera infancia, es así que, en ambos predomina un nivel de conocimiento regular (56,2% en madres y 60% en pediatras); y una actitud indiferente (45,5% en madres y 43,3% en pediatras). Los conocimientos y actitudes que tiene la madre están directamente relacionados, es así que, a mayor nivel de conocimiento, más favorable es la actitud. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los conocimientos y algunas características sociodemográficas de la madre como la edad y el grado de instrucción; viéndose así que, a mayor grado académico o edad, se ve un mejor nivel de conocimientos. Existe además una relación entre las actitudes del pediatra y su tiempo de ejercicio profesional, viéndose así que a mayor tiempo de ejercicio profesional se observa una mejor actitud. **Conclusión:** Existe una influencia del pediatra en los conocimientos y actitudes de las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad; en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, en el 2018. **Palabras claves:** Nivel de conocimiento, actitudes, prevención, salud bucal.

SUMMARY

Objective: To relate the knowledge and attitudes of pediatricians with that of mothers regarding oral health prevention in children from 0 to 36 months of age; at HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, in 2018. **Materials and Methods:** The sample consisted of 30 pediatricians and 121 mothers of children from 0 to 36 months of age who attended the different services of the San Bartolomé hospital during the month of December 2018, using two Multiple choice questionnaires to measure the knowledge and attitudes that they presented regarding oral health prevention in early childhood. The data were analyzed by descriptive statistics, using frequency and contingency tables. **Results:** A higher percentage of pediatricians (83.3%) with professional experience greater than or equal to 6 years was found; Regarding the sociodemographic data of the mothers, it was found that the prevailing age range was 21-30 years (47.1%); the most predominant level of education was secondary (39.1%) and that 40.5% of mothers have only 1 child. It is observed that there is a similar behavior between the knowledge and attitudes of pediatricians with that of mothers with respect to oral health prevention in early childhood, so that in both a level of regular knowledge predominates (56.2% in mothers and 60 % in pediatricians); and an indifferent attitude (45.5% in mothers and 43.3% in pediatricians). The knowledge and attitudes that the mother has are directly related, that is how, at a higher level of knowledge, the attitude is more favorable. A statistically significant association was found between knowledge and some sociodemographic characteristics of the mother, such as age and educational level; Seeing that, at a higher academic level or age, you see a better level of knowledge. There is also a relationship between the attitudes of the pediatrician and their time of professional practice, thus seeing that a greater time of professional practice a better attitude is observed. **Conclusion:** There is an influence of the pediatrician on the knowledge and attitudes of mothers regarding oral health prevention in children from 0 to 36 months of age; in the HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, in 2018.

Keywords: Level of knowledge, attitudes, prevention, oral health.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
2.1. ÁREA PROBLEMA.....	12
2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
2.4. OBJETIVOS.....	16
2.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2.5. JUSTIFICACIÓN.....	17
2.6. LIMITACIONES.....	19
III. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. ANTECEDENTES.....	20
3.2. BASES TEÓRICAS.....	29
3.2.1. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN LA PRIMERA INFANCIA.....	29
3.2.1.1. CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA (CIT)...	30
3.2.1.2. HÁBITOS DIETÉTICOS.....	32
3.2.1.3. CONTROL DE FACTORES DE RIESGO.....	37
3.2.1.4. DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE CARIES DENTAL.....	44
3.2.1.5. HIGIENE BUCAL PARA EL INFANTE.....	45
3.2.1.6. EL FLÚOR COMO MEDIDA PREVENTIVA.....	50
3.2.1.7. USO DE SELLANTES.....	57
3.2.1.8. PRIMERA VISITA ODONTOLÓGICA.....	58
3.2.1.9. RECOMENDACIONES DE LA OMS.....	59
3.2.2. EL CONOCIMIENTO.....	60
3.2.2.1. EL CONOCIMIENTO EN HIGIENE BUCAL.....	60
3.2.2.2. IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN EL INFANTE.....	61
3.2.2.3. CONOCIMIENTO DE LA FISIOLÓGÍA DENTARIA.....	61

3.2.3. ACTITUD.....	63
3.2.3.1. LAS ACTITUDES Y EL COMPORTAMIENTO.....	63
3.2.3.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CONDUCTAS DE SALUD.....	63
3.2.4. EL ROL DEL PEDIATRA SOBRE LA SALUD BUCAL DE LOS INFANTES.....	64
3.2.4.1. PROMOVIENDO EL ROL DEL PEDIATRA EN LA SALUD BUCAL.....	65
3.2.4.2. EDUCANDO A LOS PEDIATRAS EN TEMAS DE SALUD BUCAL.....	66
3.2.5. EL ROL DE LA MADRE SOBRE LA SALUD BUCAL DE LOS INFANTES.....	67
3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	70
3.4. HIPÓTESIS.....	71
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	72
IV. METODOLOGÍA.....	74
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	74
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	74
4.2.1. POBLACIÓN.....	74
4.2.2. MUESTRA.....	74
4.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	77
4.2.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	77
4.3. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS.....	77
4.4. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	80
V. RESULTADOS.....	81
VI. DISCUSIÓN.....	104
VII. CONCLUSIONES.....	110
VIII. RECOMENDACIONES.....	111
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	112
X. ANEXOS.....	119

LISTA DE CUADROS O TABLAS

Tabla N° 1.....	81	Tabla N° 10.....	93
Tabla N° 2.....	83	Tabla N° 11.....	95
Tabla N° 3.....	84	Tabla N° 12.....	96
Tabla N° 4.....	85	Tabla N° 13.....	97
Tabla N° 5.....	87	Tabla N° 14.....	98
Tabla N° 6.....	89	Tabla N° 15.....	99
Tabla N° 7.....	90	Tabla N° 16.....	100
Tabla N° 8.....	91	Tabla N° 17.....	101
Tabla N° 9.....	92	Tabla N° 18.....	102

LISTA DE FIGURAS O GRÁFICOS

Figura N° 1.....	82
Figura N° 2.....	82
Figura N° 3.....	83
Figura N° 4.....	84
Figura N° 5.....	85
Figura N° 6.....	86
Figura N° 7.....	86
Figura N° 8.....	87
Figura N° 9.....	88
Figura N° 10.....	94
Figura N° 11.....	95
Figura N° 12.....	101
Figura N° 13.....	103

I. INTRODUCCIÓN

El cuidado de la cavidad bucal debe realizarse desde los primeros meses de vida, incluso antes que aparezcan los primeros dientes y esto es algo que debe involucrar a todos los profesionales de la Salud.

La Caries de Infancia Temprana (CIT) es una enfermedad que tiene gran repercusión en los primeros años de vida, y puede llegar a tener consecuencias a nivel sistémico y en el aspecto psicológico y social del niño. La prevención hoy en día es un instrumento del cual podemos valernos con el fin de disminuir la alta prevalencia de esta enfermedad. Es aquí que los pediatras cumplen un rol fundamental al ser el primer profesional de la Salud en interactuar con la madre y el niño.

El pediatra puede llegar a ser un recurso valioso en la promoción y prevención de la salud bucal de los niños, si es que cumple un rol activo, difundiendo la información que posee respecto a este tema, para ello debe poseer un conocimiento óptimo y una actitud favorable. Por ser el pediatra el primer profesional de la Salud en establecer una conversación con la madre y el niño su labor es fundamental en los primeros años de vida del infante, debido a que es el responsable de promover buenos hábitos de higiene bucal en el infante y hacer la interconsulta con el odontopediatra.

El presente trabajo tiene como principal objetivo evaluar la influencia que tiene el pediatra en los conocimientos y actitudes de la madre respecto a la prevención en salud bucal de sus menores hijos; es así que se está dando un primer paso para sugerir la participación de los pediatras de una forma más activa en la promoción y prevención de la salud bucal, mediante campañas y sesiones educativas a las madres.

Además, se busca evaluar si los conocimientos que tienen los pediatras respecto a este tema son óptimos, y si es que lo difunden de buena forma, debido a que estaríamos ante una problemática en caso sus conocimientos no sean los

adecuados, ya que transmitirían conceptos errados o antiguos a las madres y esto repercutiría sobre la salud de los infantes. Por ello, se recomendaría que las instituciones u organizaciones de salud se encarguen de dar sesiones educativas a su personal, además se sugeriría que la enseñanza de promoción y prevención de la salud bucal forme parte de la currícula de las Facultades de Medicina y especialmente en la especialidad de Pediatría.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. ÁREA PROBLEMA

La caries es una de las enfermedades más prevalentes en niños, sobre todo en países en desarrollo y se presenta con mayor frecuencia en los niveles socioeconómicos más bajos, debido a que no cuentan con los recursos suficientes; la promoción y prevención se considera el principal y más eficaz método para disminuir esta alta prevalencia. ⁽¹⁾

La madre es la principal responsable de cuidar el bienestar de la salud bucal de su hijo, debido a que es la persona que más acompaña al niño durante sus primeros años de vida; y es por ello que es de suma importancia que posea los conocimientos adecuados respecto a prevención en salud bucal a temprana edad, porque de no ser el caso, puede convertirse en un factor de riesgo importante para la salud bucal de su hijo. Las madres muchas veces son el reflejo de la educación que recibieron, con conceptos antiguos o hábitos inadecuados para la época en la que vivimos, y esto conlleva a que el infante no cuente con las medidas de prevención correctas.

Debido a esta problemática que nos enfrentamos hoy en día, es coherente pensar en cómo revertir esta situación; y es ahí donde la labor del pediatra se vuelve un pilar fundamental para esta tarea, debido a que, es el primer profesional de la Salud en relacionarse con la madre y el bebé; y su influencia sobre la madre, es de gran relevancia para la promoción de hábitos saludables del infante durante los primeros años de vida. La caries es una enfermedad multifactorial, y es por ello que controlando los factores de riesgo se puede lograr controlar esta enfermedad, y el pediatra desempeña un papel fundamental en esta labor, porque es el encargado de promover y orientar a la madre sobre los hábitos más saludables para prevenir la Caries de Infancia Temprana. ⁽²⁾

La CIT al ser una enfermedad multifactorial, se ve influenciada también por la nutrición, es así que un infante mal alimentado puede convertirse en un factor de

riesgo de importancia para desarrollar esta enfermedad, es por ello que la tarea de disminuir el índice de prevalencia de CIT nos involucra a todos los profesionales de la Salud. El Estado se ha comprometido a supervisar y regular la nutrición infantil para así de este modo combatir y reducir la anemia infantil que es una enfermedad que afecta al infante en todos los aspectos, tanto físicos como psicológicos, es por ello que ha creado un programa llamado: Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021, cuyo objetivo principal es disminuir el índice de prevalencia de la anemia y desnutrición crónica en la primera infancia y en las gestantes.⁽⁶⁹⁾

FREIRE; MACEDO y SILVA, en el año 2000, encontraron que la mayoría de pediatras concordaban en que la prevención en salud bucal es una tarea multidisciplinaria que debe comprender a todos los profesionales de la salud que velan por el bienestar del niño. Sin embargo, solo el 24% de los pediatras consideraban tener un conocimiento bueno respecto a este tema. ⁽³⁾ HOPE; ZAROR y col., en el año 2013, encontraron que el principal problema del déficit de conocimiento por parte de los pediatras (66,87% de los encuestados) es que no reciben información referente a prevención en salud bucal durante su formación como especialistas. ⁽⁴⁾

Un error frecuente es creer que la limpieza bucal empieza con la erupción de los dientes, y muchas veces la falta de información por parte de los padres repercute sobre la salud bucal de sus hijos, conllevando a que a temprana edad ya presenten lesiones cariosas activas. La prevención mientras más temprana sea es mucho más efectiva. Es por ello que la promoción de la salud bucal del infante debe empezar incluso desde antes del nacimiento, durante la etapa de gestación de la madre, ya que la madre se encuentra más receptiva y se puede promover hábitos saludables que serán de gran importancia en el futuro bebé. ⁽⁵⁾

La primera visita al odontólogo del infante debe ser durante el primer año de vida, independientemente de que el bebé presente condiciones sistémicas especiales o discapacitantes. ⁽⁶⁾

2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La Caries de Infancia Temprana (CIT) es una enfermedad que tiene altos índices de prevalencia en varios países, pero siendo más notorio, en países que están en desarrollo como el nuestro, llegando a alcanzar cifras de hasta el 90% según la OMS (2012); estas cifras varían de acuerdo al estatus socioeconómico, así como otros factores culturales y demográficos.

Son muchos los factores de riesgo involucrados en esta enfermedad, es por ello que es de suma importancia que la madre asuma la responsabilidad de controlar estos factores, además de conocer los principales métodos de prevención que se aplican durante la primera infancia. Es por ello, que la madre tiene un rol importante en el equilibrio de estos factores y para ello debe tener los conceptos claros y presentar una actitud adecuada para poder evitar la aparición de esta enfermedad. La madre debe estar consciente de la importancia de promover hábitos saludables a temprana edad, como por ejemplo la higiene bucal en los primeros meses de vida, el uso de la pasta dental fluorada desde la aparición de los primeros dientes, además de la importancia de la lactancia materna durante el primer año de vida. Todo esto influenciará y repercutirá en la salud bucal y general del infante.

El médico general y más específicamente el pediatra, tienen una labor importante en la promoción y prevención de la salud bucal en la primera infancia, debido a que son los primeros profesionales de la salud en tener contacto con la madre y el niño, incluso mucho antes de que se dé la primera consulta odontológica, es por ello que es de gran relevancia la información que ellos puedan transmitirle a las madres; además su función debe comprender también la evaluación de la salud bucal del infante y su posterior derivación al odontólogo para su atención especializada, esto

de preferencia durante el primer año de vida. Para que todo esto pueda realizarse de la mejor forma, el pediatra debe contar con los conocimientos adecuados sobre prevención, y debe estar dispuesto a difundirlos a las madres de sus pacientes niños.

OLIVERA J. y col., en el año 2002, realizaron un estudio en Brasil y obtuvieron que, el 73,1% de los pediatras encuestados tenían conocimientos sobre promoción y prevención de la salud bucal en la primera infancia; pero solo el 19,2% de ellos, consideraban tener un conocimiento óptimo. La mayoría de los pediatras (53,8%), indicaron que transmitían esa información a las madres durante la consulta con sus hijos. El 76,7% de las madres respondieron que no habían acudido ninguna vez con sus hijos donde el odontólogo; aunque esto no fue del todo por descuido de la madre, sino porque muchas de ellas (75% de las encuestadas) manifestaron que el pediatra nunca les aconsejó que debían acudir donde el odontólogo durante los primeros años de vida del infante. ⁽⁹⁾

Debido a ello, la interacción entre el pediatra y la madre se vuelve un pilar fundamental para el cuidado de la salud bucal del niño; sin embargo, es muy común ver que las madres llevan por primera vez a su niño al dentista cuando hay dolor o cuando detectan alguna pigmentación oscura en los dientes de su hijo, muchas de estas madres comunican no haber sido informadas de cuándo deben llevar por primera vez a sus niños al dentista y algunas de estas madres informan no haber cepillado nunca a sus hijos, no por falta de interés, sino porque nunca fueron instruidas sobre los hábitos de higiene oral que su niño debe seguir.

2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre los conocimientos y actitudes de los pediatras con el de las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad; en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, en el 2018?

2.4. OBJETIVOS

2.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre los conocimientos y actitudes de los pediatras con el de las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad; en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, en el 2018.

2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de las madres.
- Determinar el tiempo de ejercicio profesional del pediatra y universidad donde realizo su especialidad.
- Identificar los conocimientos y actitudes de las madres sobre prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses en el Hospital San Bartolomé.
- Identificar los conocimientos y actitudes de los pediatras sobre prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses en el Hospital San Bartolomé.
- Relacionar el nivel de conocimiento y actitud de las madres, según sus características sociodemográficas.
- Relacionar el nivel de conocimiento y actitud de los pediatras, según el tiempo de ejercicio profesional y universidad donde realizó su especialidad.
- Relacionar el conocimiento con la actitud de las madres sobre prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses.
- Relacionar el conocimiento con la actitud de los pediatras sobre prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses.
- Determinar la autoevaluación del conocimiento de los pediatras y las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses.

- Relacionar la autoevaluación de conocimientos con el nivel de conocimiento en los pediatras y las madres.
- Determinar si en los últimos dos años, los pediatras han recibido información relacionada a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses.
- Relacionar el nivel de conocimiento según acceso a información en los últimos dos años.

2.5. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, o también conocida como OMS, en su informe relacionado a la alta prevalencia de enfermedades bucales durante la infancia, indica que no solo se debe priorizar en intervenir sobre los factores de riesgo ya conocidos, como son los malos hábitos de higiene bucal o el consumo frecuente de azúcares, sino que se debe prestar mayor atención a los conocimientos que posee la madre sobre prevención en la primera infancia ya que ella es la principal responsable de velar por el bienestar del infante durante sus primeros años de vida y es a través de ella que el niño adquiere los hábitos que posteriormente irá afianzando con el pasar de los años. Es así que, como parte de la estrategia para obtener resultados favorables y bajar el alto índice de prevalencia de la CIT, se debe tener como objetivo primordial, mejorar el bajo nivel de instrucción de las madres y concientizarlas de que tomen las acciones que sean necesarias en busca de mejorar o una buena salud bucal en sus hijos. ⁽⁷⁾

La caries es una enfermedad multifactorial, que está involucrada con diversos factores de la cavidad bucal, pero existen también determinantes sociales de la salud que pueden llegar a modificar esta enfermedad; y dentro de estos determinantes, uno de los más representativos es la desnutrición, el cual es un aspecto que muchas veces se deja de lado y que sin embargo está muy relacionada a la CIT, es así que si deseamos obtener resultados de gran índole que no se vean limitados, debemos

abordar todos los aspectos relacionados a la enfermedad, sin descuidar estos determinantes sociales.⁽⁶⁹⁾

Es por ello que el Ministerio de Salud del Perú ha elaborado un Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021; buscando así instruir de una mejor forma a las madres sobre el papel preponderante que tiene la nutrición como factor protector ante diversas enfermedades, incluyendo la CIT. Es así que un niño con un buen régimen alimenticio, es más propenso a mantener una buena salud general, además de una buena salud bucal. Además, se resalta la importancia de que la madre durante el periodo de gestación esté bien alimentada para que así se dé un correcto desarrollo de los dientes del niño que se vienen formando.⁽⁶⁹⁾

El pediatra es el primer profesional de la salud en conversar con la madre y el niño, y es por ello que su función se vuelve aún más importante en la promoción y prevención de la salud bucal durante los primeros años de vida, ya que la información que transmita a la madre puede llegar a repercutir sobre la salud bucal del infante, entonces es necesario que el pediatra tenga los conocimientos actualizados y óptimos respecto a este tema de gran importancia, y además debe estar dispuesto a participar de una forma activa para así poder obtener mejores resultados.

Existe poca referencia bibliográfica en nuestro país respecto a la presente investigación, por lo general lo han abordado de forma aislada, en algunos estudios solo han considerado a los pediatras y en otros solo a las madres. Es por ello que los resultados que se obtengan de esta investigación, nos permitirán conocer si los pediatras en el Perú cuentan con los conocimientos necesarios sobre prevención en salud bucal en la primera infancia; y si aplican estos conocimientos a la vida diaria con sus pacientes; además conoceremos la relación que existe entre los conocimientos y actitudes de la madre con el del pediatra y ver la influencia que éste tiene en los primeros años de vida del infante.

2.6. LIMITACIONES

- Se está sujeto a la veracidad y fidelidad con la que los pediatras y madres entrevistados, respondieron en sus respectivos cuestionarios.
- Solo se limitó a estudiar a la población de madres que acudieron al servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED) del hospital durante el mes de diciembre del 2018.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

En el año 2002, OLIVERA, J. y col., realizaron un estudio analítico cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos y la conducta que tienen los pediatras y las madres de niños de 0 a 36 meses, respecto a la prevención en la primera infancia. Este estudio se realizó en Florianópolis (Brasil) y estuvo conformado por una muestra de 78 pediatras y 400 madres que acudían al servicio de pediatría del Hospital Infantil Joana de Gusmão. Los resultados nos muestran que, el 73,1% de los pediatras encuestados tenían conocimientos sobre promoción y prevención de la salud bucal en la primera infancia; pero solo el 19,2% de ellos, consideraban tener un conocimiento óptimo. La mayoría de los pediatras (53,8%), indicaron que transmitían esa información a las madres durante la consulta con sus hijos. El 48,7% de los pediatras manifiestan que la edad ideal para la primera consulta odontológica del infante es a los 6 meses de edad; sin embargo, el 76,7% de las madres respondieron que no habían acudido ninguna vez con sus hijos donde el odontólogo; aunque esto no fue del todo por descuido de la madre, sino porque muchas de ellas (75%) manifestaron que el pediatra nunca les aconsejó que debían acudir donde el odontólogo durante los primeros años de vida del infante. Algo a resaltar es que de las madres que llevaron a su hijo al dentista, el 79,6% de ellas indicaron que lo hicieron con fines preventivos y no por la presencia de alguna lesión. Tras realizarse el análisis de las variables, se concluyó que los pediatras derivan pocas veces al niño donde el odontólogo, pero las pocas veces que lo realizan son de carácter trascendental en la salud bucal del infante. ⁽⁹⁾

En el año 2006, ANTICONA HUAYNATE, a través de un estudio analítico, buscó determinar la relación entre conocimientos y actitudes de los médicos pediatras del Instituto Nacional de Salud del Niño (Perú) respecto a Caries de Infancia Temprana. La muestra estuvo conformada por 72 pediatras que laboraban ahí, los cuales fueron divididos en 3 grupos de acuerdo al tiempo de ejercicio profesional. Se encontró que el nivel de conocimientos predominante fue regular (56,9% de los pediatras

encuestados), y que apenas el 20,8% del total presentaban un nivel de conocimiento óptimo. En cuanto a la actitud el 54,2% de los pediatras presentaban una actitud indiferente frente a esta enfermedad, seguido del 26,4% que mostraron tener una actitud positiva frente a la posibilidad de combatir la alta prevalencia de CIT. Algo a resaltar es que en el grupo de pediatras con mayor experiencia profesional se observó un menor nivel de conocimiento y actitud, en comparación con los otros 2 grupos; en contraste con lo que uno creería que, a mayor experiencia, mayores conocimientos. Se observa que la mayoría de pediatras no cuentan con los conocimientos necesarios sobre prevención (apenas el 20% presentó un nivel de conocimiento bueno sobre este tema), lo cual se convierte en un problema debido a que la prevención es nuestra mejor herramienta para disminuir la alta prevalencia de esta enfermedad. Finalmente, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0,003$) entre el nivel de conocimiento y la actitud, reforzando así la idea de que la actitud se ve influenciada por los conocimientos que uno presente, y esto se reflejará en la conducta a tomar. Se concluyó que es necesario promover al Sistema de Educación que incluya temas de salud oral como parte del currículo en la formación profesional de los médicos en los distintos niveles (pregrado, postgrado y programas de perfeccionamiento profesional).⁽¹⁰⁾

En el año 2008, DALTO; TURINI y JUNIOR, mediante un estudio descriptivo buscaron evaluar los conocimientos y actitudes de los pediatras que ejercen en Londrina (Brasil), respecto a la promoción de salud bucal en infantes. La muestra fue de 52 pediatras, con una edad media de 46 años. La mayoría de pediatras (86,5%) presentaban un tiempo de ejercicio profesional mayor a 10 años. El 71,2 % manifestaron haber recibido información durante su formación profesional respecto a salud bucal en infantes, de los cuales, el 56,8% indicaron haber recibido esta información durante la residencia médica. Todos los pediatras afirmaron que se toman unos minutos para revisar la cavidad bucal de los niños durante la consulta. El 61,5% de los encuestados, señalaban a las bacterias como el agente causal de la caries dental y casi la mitad de los pediatras concordaban en que la caries es una enfermedad transmisible. En cuanto a la cariogenicidad de la leche materna, se

observó una opinión dividida, ya que el 51,9% no la consideraba cariogénica. El 96,2% reconocen al biberón como uno de los principales factores de riesgo de caries en el infante. ⁽¹¹⁾

En el año 2008, CONTRERAS; VALDIVIESO; CABELLO y col., realizaron un estudio descriptivo de corte transversal; para evaluar los conocimientos y prácticas que presentaban los profesionales de la Salud de la DIRESA Lima-Este, respecto a la prevención en salud bucal en el infante. La muestra estuvo conformada por 189 profesionales (110 médicos, 35 pediatras y 44 enfermeras). Los resultados fueron poco alentadores, debido a que el nivel de conocimiento de los pediatras no era bueno; ya que sólo el 22,9% presentaba un nivel de conocimiento adecuado, y solo el 51,4% de los pediatras presentaban prácticas adecuadas de las medidas preventivas en salud bucal. Algo alarmante es que solo el 20% de los pediatras respondieron correctamente sobre cuándo se debe empezar a usar la pasta dental. La pregunta con mayor porcentaje de aciertos estuvo relacionada con el consumo frecuente de azúcares como factor de riesgo más importante para desarrollar CIT. No se encontró diferencias significativas entre los conocimientos y prácticas del pediatra en relación a los médicos generales y las enfermeras. En general, los profesionales de la salud encuestados, presentaban un nivel de conocimiento regular respecto a prevención en salud bucal en la primera infancia, y esto se veía reflejado en sus prácticas preventivas. Atribuyeron a que las principales causas de la falta de información, se debe a la poca comunicación que existe con el odontólogo, además de la poca capacitación que reciben sobre estos temas durante su formación profesional. ⁽¹²⁾

En el año 2008, ROJAS MAYHUIRE, a través de un estudio analítico buscó evaluar la relación entre los conocimientos y las actitudes de los pediatras del Colegio Médico del Perú respecto a la Caries de Infancia Temprana. La muestra estuvo conformada por 111 pediatras que fueron divididos en 2 grupos de acuerdo al tiempo de ejercicio profesional. Se obtuvieron resultados satisfactorios debido a que el 50,5% de los pediatras presentaban un conocimiento bueno, además solo 1 pediatra

presentaba un nivel de conocimiento deficiente. En cuanto a la actitud, también se observó resultados alentadores, ya que el 81% de los encuestados mostró tener una actitud positiva, es decir una disposición a colaborar para así reducir la alta prevalencia de CIT. Tras realizarse el análisis de las variables, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de los pediatras ($p>0,05$), tampoco se encontró asociación entre las variables estudiadas y el tiempo de ejercicio profesional. Se sugirió que el Estado sea partícipe mediante la incorporación de Programas de Salud a lo largo de todo el país involucrando a los pediatras en esta labor, y que se enfatice en temas de promoción y prevención en salud bucal durante la infancia. ⁽¹³⁾

En el año 2010, TEIXEIRA; VÁSQUEZ; DOMÍNGUEZ y col., realizaron un estudio descriptivo de corte transversal buscando determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre hábitos de higiene bucal en niños menores de 36 meses. El estudio fue realizado en el Hospital Materno Infantil San Pablo (Paraguay); y la muestra estuvo conformada por 102 madres, de las cuales el 69,6% eran amas de casa y el 32,4% no completaron sus estudios secundarios. Los resultados muestran que solo el 14% de las madres encuestadas presentaban un nivel de conocimiento aceptable. Además, el 81,4% de las madres no fueron instruidas sobre cuales deben ser los hábitos de higiene bucal a seguir en busca de promover o mantener la salud bucal en su hijo; lo cual preocupa debido a que la madre, por ser la persona que más acompaña al niño durante sus primeros años de vida, es la principal responsable de la promoción y prevención de la salud bucal del niño. Es por ello que no sorprende observar que el 63% de la muestra desconoce sobre el momento ideal para el inicio de la higiene bucal del infante. Esta falta de conocimiento se ve reflejado en que apenas el 50% de las madres realizan la higiene bucal del infante, lo cual refleja una falta de compromiso y actitud. Algo que complica más la situación, es que la mayoría de madres encuestadas (85,3%) nunca han llevado a sus hijos donde el odontólogo; sin embargo, el 74,5% de las madres señalaron que sí llevarían a sus hijos para controles preventivos. Es por ello que la labor del pediatra es fundamental en esta tarea ya que es el primer profesional de la salud en establecer una conversación con

la madre, por ello es fundamental la información y los consejos que pueda brindarle, con la consecuente derivación donde el odontólogo especializado. ⁽¹⁴⁾

En el año 2011, NUNES; CORREA y col., realizaron un estudio descriptivo que tenía como objetivo evaluar las actitudes y conductas de los pediatras en relación a la salud bucal en la primera infancia. Este estudio tuvo lugar en las ciudades de Passo Fundo y Río Grande, en Brasil, y estuvo conformado por 24 pediatras que ejercían la profesión en esas ciudades. La edad media fue de 44 años y el 58,3% de ellos tenían más de 20 años de ejercicio profesional. Todos los pediatras manifestaron tomarse unos minutos en la consulta para proporcionar información a las madres sobre la salud bucal del infante. El 54,2% recomiendan que la madre debe llevar a su hijo por primera vez donde el odontólogo antes del primer año de vida. El 66,7% refieren que la higiene bucal debe realizarse desde antes de la erupción dentaria, debido a que como se conoce los residuos alimenticios pueden depositarse sobre otras estructuras distintas de los dientes, por ejemplo: paladar, lengua y encía. La mayoría de pediatras aconsejaba el uso de una gasa humedecida para este fin. En cuanto al uso de la pasta dental fluorada, solo el 16,6% lo consideran necesario desde la erupción dentaria. Respecto a los hábitos nutricionales, el 62,5% de los pediatras recomiendan limitar el consumo de alimentos azucarados de la dieta del infante, ya que el consumo frecuente de azúcares constituye el factor de riesgo más importante para la CIT. El 70,8 % de los encuestados consideraban al biberón como un factor de riesgo de CIT. Concluyen que existe la necesidad de implementar estrategias de promoción y prevención que involucren tanto al pediatra como al odontólogo; y que además se debe implantar medidas preventivas desde la etapa prenatal. ⁽¹⁵⁾

En el año 2013, VILARINHO; REIS y col., realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de evaluar las conductas adoptadas por los pediatras referentes a la salud bucal de los infantes. La muestra estuvo conformada por 100 pediatras que ejercen en los distintos servicios públicos y privados de Brasil. La edad media fue de 48 años y el 53% de ellos tenían más de 20 años de ejercicio

profesional. El 59% de los pediatras manifestaron no haber sido instruidos sobre temas de salud bucal durante su formación profesional; sin embargo, a pesar de ello, más de la mitad de los pediatras (59%) consideraban que su nivel de conocimiento sobre este tema era bueno. Casi la totalidad de pediatras (92%) refieren que realizan revisiones periódicas de la cavidad bucal de los niños durante la consulta. El 94% de los encuestados recomendaron realizar la higiene bucal desde antes de la erupción dentaria. El 63,6% recomiendan el uso de la pasta dental fluorada; de los cuales, solo el 27% lo recomiendan desde la erupción dentaria. Se puede observar que si bien es cierto existe una predisposición por parte del pediatra a realizar las recomendaciones necesarias, incluyendo la visita del infante donde el odontólogo, solo una parte de ellos (66,7%) lo recomiendan durante el primer año de vida. El 55,6% considera que la lactancia materna no debe ser considerada como un factor de riesgo para la Caries de Infancia Temprana. Se concluye que, a pesar de no haber sido instruidos de la forma debida, presentan conductas positivas referentes a la promoción y prevención en salud bucal; sin embargo, es necesario una capacitación y actualización sobre temas de salud bucal para poder transmitir de una mejor forma la información hacía las madres. ⁽¹⁶⁾

En el año 2013, HOPE; ZAROR y col., desarrollaron un estudio descriptivo en un Congreso Chileno de Pediatría, con el objetivo de evaluar los conocimientos y actitudes que presentaban los pediatras chilenos respecto a la salud bucal infantil. La muestra lo conformaron 164 pediatras que tenían en promedio más de 15 años de ejercicio profesional. Dentro de los datos más relevantes tenemos que el 66,87% de ellos, manifestaron no haber recibido instrucción sobre temas de salud bucal durante su formación en postgrado. Por ese motivo no sorprende que solo el 40,85% de los encuestados obtuvieran nota aprobatoria. Respecto a las medidas preventivas adoptadas por los pediatras tenemos que, el 95% realiza una evaluación de la cavidad bucal del infante como parte de su rutina. Un signo de alarma es que solo el 51,5% de los pediatras estuvieron de acuerdo que la madre debe llevar por primera vez a su hijo donde el odontólogo durante el primer año de vida; y algo a resaltar es que el 94,5% de los pediatras aconsejaron a las madres sobre la importancia del

cepillado de forma regular como mecanismo de prevención. Se llegó a la conclusión que aún conociéndose que la salud bucal puede repercutir sobre la salud general, se sigue dando poca importancia a temas de salud bucal dentro del currículo de la formación profesional de las carreras médicas, y esto conlleva a tener en la actualidad, profesionales de la salud con conocimientos deficientes respecto a estos temas. ⁽⁴⁾

En el año 2013, GONZALES; PEREZ-HINOJOSA; ALARCÓN, realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con el objetivo de evaluar los conocimientos de los pediatras y padres andaluces (España) respecto a hábitos preventivos en salud bucal en la primera infancia; además determinar si los pediatras transmiten información a los padres referente a salud bucal. La muestra estuvo conformada por 113 pediatras y 112 padres. Los datos más resaltantes referente a los pediatras fueron que solo el 28,3% de ellos, conocían la edad ideal para la primera consulta odontológica del infante. El 95,6% consideraban que el uso prolongado del biberón con leche azucarada es un factor de riesgo de Caries de Infancia Temprana; sin embargo, el 69% no consideraban a la lactancia materna prolongada después del año de vida, como un factor de riesgo. Haciendo un análisis comparativo, se encuentran diferencias significativas entre los conocimientos de los pediatras y de los padres, así tenemos que, referente a la higiene bucal del infante, casi el 70% de los pediatras demostraron tener un conocimiento adecuado, a diferencia de los padres que solo el 22,3% lo presentaban. En relación al conocimiento de los hábitos nutricionales que debe seguir el infante, fue adecuado en el 85% de los pediatras, frente al 28,6% de los padres. Esto toma sentido, cuando se observa que el 59,8% de los padres refieren que los pediatras no les informan respecto a los hábitos a seguir para preservar la salud oral en sus hijos, e incluso el 66,1% de los padres indican que el pediatra no les había comentado sobre la necesidad de llevar al niño donde el odontólogo. ⁽¹⁷⁾

En el año 2014, PAZ MAMANI, realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de las madres referente a hábitos preventivos en salud bucal en la primera infancia. El estudio tuvo lugar en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé (Perú), y la muestra estuvo conformada por 369 madres de niños de 0 a 36 meses de edad, de las cuales el 81,6% solo estudiaron hasta secundaria y el 88,3% tenían de 2 hijos a más. Se observa un déficit en relación a los conocimientos de las madres sobre prevención en salud bucal, debido a que solo el 11,4% de ellas, presentaron un nivel de conocimiento bueno. Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el grado de instrucción y nivel de conocimiento, y esto se refleja en que las madres que solo tuvieron educación primaria presentaban un nivel de conocimiento predominantemente malo (77,8%), en contraste con las madres de educación superior que presentaban un nivel de conocimiento malo sólo en un 1,7% de los casos. Se resaltó la necesidad de implementar y reforzar programas de Salud donde se aborden temas de promoción y prevención en salud bucal durante la primera infancia. ⁽¹⁸⁾

En el año 2014, RÍOS ANGULO, a través de un estudio correlacional transversal, buscó determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia referentes a la salud bucal de sus hijos. El estudio tuvo lugar en el Policlínico Pacasmayo EsSalud en Trujillo (Perú), y la muestra estuvo conformada por 255 madres que acudieron al Programa de CRED con sus hijos. Se obtuvieron resultados aceptables, más no los ideales, ya que el 67,5% de las madres presentaban un nivel de conocimiento bueno, donde el 67,8% de las encuestadas reconocían al azúcar como el alimento más cariogénico, el 62,4% consideraban que la higiene bucal debe realizarse desde antes de la erupción dental; y finalmente el 90,2% señalaban que la pasta dental fluorada es importante para la prevención de Caries de Infancia Temprana. En cuanto a las actitudes y prácticas, se encontró que el 80,8% de las madres presentaban una actitud adecuada y el 84,7% presentaban practicas regulares, respecto a la salud bucal de sus hijos. Tras realizarse el análisis de las

variables, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el nivel de conocimiento con la edad y ocupación de la madre. Así mismo, se encontró una asociación significativa entre la actitud y el nivel de instrucción de la madre. Se llegó a la conclusión que la instrucción que tenga la madre respecto a salud bucal en la primera infancia, repercutirá sobre la salud bucal de su hijo, debido a que la madre es la principal responsable de promover hábitos preventivos en el niño. Otra observación que se hace, es que muchas veces las madres pueden tener el conocimiento o la actitud; sin embargo, no lo aplican en la práctica diaria. ⁽¹⁹⁾

En el año 2017, BECERRA DÍAZ, realizó un estudio descriptivo cuantitativo, con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas que presentaban los pediatras de Chiclayo (Perú) respecto a salud bucal en infantes. La muestra estuvo conformada por 68 pediatras, que fueron agrupados de acuerdo al tiempo de ejercicio profesional. Los resultados nos indican que existe un déficit en la instrucción de estos profesionales de la Salud, debido a que solo el 31% de los encuestados demostraron tener un conocimiento bueno referente a la salud bucal en infantes. En relación al conocimiento respecto a prevención en salud bucal, el 62% presentaban un nivel de conocimiento regular, a diferencia del conocimiento de los factores de riesgo, donde la mayoría de pediatras (59,2%) presentaban un conocimiento bueno sobre este tema. Esta falta de conocimiento se ve reflejado en que apenas el 7% de los pediatras presentaban una actitud positiva y el 14,1% presentaban una conducta adecuada. Se recomendó promover hábitos preventivos mediante la difusión de esta información por los diferentes medios de comunicación, además de la incorporación de temas referentes a salud oral en la malla curricular de la especialidad de pediatría. ⁽²⁰⁾

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1. Prevención en Salud Bucal en la primera infancia

La Caries de Infancia Temprana es una enfermedad que se ve influenciada por los hábitos diarios, es por ello que tiene un componente social, conductual y biológico. Desde esta perspectiva la prevención constituye nuestra mejor herramienta para combatir el alto índice de prevalencia de esta enfermedad; y para ello necesitamos que todos los profesionales de la salud se vean involucrados en esta tarea; y con mayor razón los pediatras que son los primeros en entrar en contacto con la madre y el niño, incluso mucho antes de la primera consulta odontológica. Es así que su labor es importante en la difusión de esta información hacia las madres en el primer año de vida del infante. ⁽²¹⁾

Debido a que la caries es una enfermedad que no discrimina y puede llegar a afectar a todos los sectores sociales, es importante implementar programas educativos que se dediquen a la promoción y prevención en la salud bucal desde los primeros años de vida; aunque la evidencia científica nos indique que algunos niños presentan mayor riesgo debido a que están expuestos a mayores factores de riesgo; todos los niños en general se verían beneficiados de estos programas aún si presentaran un riesgo bajo de caries. ⁽²²⁾

A pesar que se ha tratado de disminuir la incidencia de caries durante las últimas décadas, no se ha logrado obtener los resultados esperados; aun conociendo que si se controla los factores de riesgo que la causan se puede disminuir la alta prevalencia de caries en los niños de nuestro país, llama la atención como hoy en día nos dedicamos más a la práctica restauradora, y tratar de limitar el daño ya presente; en vez de prestar atención a medidas preventivas desde temprana edad que puedan evitar la aparición de esta enfermedad. Es por ello que los odontólogos deben preguntarse y plantearse que medidas preventivas adoptar para lograr en un futuro cercano vivir en una sociedad sin caries o con un índice muy bajo. ⁽²²⁾

Debido a que el niño se ve afectado por su entorno, es importante inculcar y promover estos hábitos saludables desde los primeros años de vida, no solo a los padres y a la familia, sino es de importancia que todo el entorno que lo rodea se hagan partícipes de esta tarea; por ejemplo, las guarderías, las escuelas, los servicios sociales, etc., todos deben ser conscientes de la importancia de la prevención que tiene como objetivo lograr un bienestar bucal y general del infante. Incluso la prevención debería empezar desde el periodo de gestación, empezando por una buena alimentación de la madre, ya que los niños empiezan su formación de los dientes en esta etapa, además la madre en este período puede adquirir hábitos que posteriormente inculcará al bebé. ⁽²²⁾

La caries al ser multifactorial, se ve influenciado por diversos factores de riesgo, el conocer cada uno de ellos, nos permitirá controlarlos de una mejor forma, para así poder disminuir la probabilidad de que ocurra la enfermedad.

3.2.1.1. Conocimiento de la enfermedad más prevalente a esa edad: Caries Infancia Temprana (CIT)

La caries es un proceso dinámico que ocurre en los dientes a expensas de la placa bacteriana, en la cual las bacterias involucradas (predominantemente el *Streptococcus mutans*) producen ácidos debido a la degradación de los alimentos, en especial la sacarosa; es así que se produce una pérdida de minerales en el esmalte (desmineralización), que luego vuelve a mineralizarse debido a los factores protectores que tenemos en la cavidad bucal como por ejemplo la saliva; o el flúor de la pasta dental; pero cuando se ve afectado el equilibrio entre la desmineralización y la remineralización es que se produce la caries. ⁽²³⁾

Existen diversas formas o denominaciones con las que se puede hacer referencia a la Caries de Infancia Temprana, así tenemos que también se le conoce como “Caries del biberón”, “Caries del lactante”, “Caries de la Primera Infancia”, “Caries rampante”,

etc.; las cuales hacen referencia a una enfermedad de progresión rápida y agresiva, multifactorial, que se presenta en los primeros años de vida del infante. ⁽²³⁾

En la actualidad, se define a la Caries de Infancia Temprana como “la presencia de una o más lesiones cariosas cavitadas o no, dientes perdidos u obturados por caries en niños menores de 71 meses de edad”. ⁽²³⁾ Su alta prevalencia (60-90% en niños, según la OMS-2012) lo vuelve un problema de salud pública de gran importancia para la sociedad. ⁽²³⁾

Muchas personas restan importancia a esta enfermedad por considerarla autolimitante, es decir que solo afecta diente o cavidad bucal; pero esta enfermedad afecta al niño como ser integral, ya que repercute también sobre su entorno social y puede afectarlo de manera sistémica, llegando incluso en algunos casos más severos hasta comprometer la vida del niño. ⁽²⁴⁾

En el 2012, SÁNCHEZ y col., definieron a la caries dental como una de las enfermedades más dañinas y de gran repercusión en todos los países del mundo, y que afecta a millones de personas incluso desde los primeros años de vida. Además, considera que no se le debe atribuir toda la responsabilidad al uso del biberón, si bien es cierto es un factor de riesgo importante, son varios los factores que actúan en conjunto para la presencia de esta enfermedad, así tenemos un déficit en la higiene bucal, o una mala alimentación (alto consumo de azúcares), entre otros. ⁽²⁵⁾

La Caries de Infancia Temprana es un problema que se ve afectado por todos los aspectos de la vida del individuo, es por ello que se le considera como un problema social, político, comportamental, médico y dental. Es un problema social, debido a que las personas que más afectadas o comprometidas se ven, son las de estatus socioeconómico bajo, debido a que no cuentan con la instrucción adecuada o en muchos casos hay un déficit en la alimentación, además de no poder contar muchos de ellos con un seguro de salud donde puedan brindarle información sobre la prevención en la primera infancia. Es un problema político debido a que se necesita de una política de salud pública que se centre en crear programas de promoción y

prevención de salud bucal en edades tempranas y que esta información sea difundida a todos los sectores socioeconómicos, y con mayor razón a los sectores que son más afectados. Es un problema comportamental porque muchas veces el comportamiento de la madre influye, de nada sirve tener los conocimientos y tener una actitud positiva frente a la prevención si es que no se hace algo realmente importante para mantener una buena salud bucal y general. Es un problema médico debido a que muchas enfermedades sistémicas, como la desnutrición, condicionan el desarrollo de esta enfermedad, así también hay otros factores como, por ejemplo, complicaciones durante el embarazo, que vuelven al individuo más susceptible a desarrollar esta enfermedad. Es un problema dental, debido a que el odontólogo conoce que la caries es una enfermedad multifactorial y es por ello que debe controlar los factores de riesgo que la causan, y aplicar las medidas preventivas necesarias a una temprana edad, más aún en los niños que se encuentran vulnerables o susceptibles a desarrollar esta enfermedad. ⁽²⁶⁾

3.2.1.2. Hábitos Dietéticos:

Los hábitos dietéticos pueden resultar en un factor de riesgo importante para la Caries Infancia Temprana, es por ello que es necesario que se puedan controlar, siguiendo un régimen alimenticio adecuado desde temprana edad, ya que esto servirá también como base para los hábitos dietéticos posteriores. ⁽²⁷⁾

Existe controversia respecto a si la leche es cariogénica o no, esto debido a que dentro de sus componentes presenta a la lactosa, que es un elemento que puede ser descompuesto por las bacterias para producir ácidos, ocasionando una desmineralización de los tejidos dentarios, y como consecuencia la caries; sin embargo, presenta otros componentes que funcionan más como factores protectores, estos son: el calcio, fósforo y proteínas como la caseína. ⁽¹⁰⁾

Si bien es cierto, la sacarosa constituye el azúcar más dañino para los dientes; Bowen y col. después de analizar las diversas leches infantiles llegaron a la

conclusión de que la lactosa tiene también un poder cariogénico, aunque mucho menor que la sacarosa, pero puede llegar a afectar a los dientes si no se cumplen ciertos criterios preventivos en el infante, como por ejemplo una correcta higiene bucal posterior a la lactancia o que el niño no duerma lactando por la noche. (28,29)

✓ **Control de la dieta:**

Sociedad Odontológica del Bebé: (30)

1. Promover un régimen alimenticio saludable en el niño.
2. Se debe considerar la edad como un factor importante para tener ciertos cuidados en la alimentación del infante, así tenemos que:
 - Se debe incorporar alimentos semisólidos una vez erupcionados los primeros dientes, alrededor de los 6-7 meses de edad; con ello se busca ejercitar la musculatura y obtener un buen desarrollo maxilofacial.
 - Se irá graduando la alimentación, incorporando de a poco, alimentos de consistencia más sólida; hasta llegar al año de edad, en el cual estará hábil para recibir la misma alimentación que los demás integrantes de la familia.
 - Se debe evitar la incorporación de azúcares a la dieta del infante durante el primer año de vida.
 - Posterior al año de vida, se debe evitar usar el biberón como instrumento para que el infante duerma, más aún por las noches.
3. Es importante que el niño sustituya el biberón para empezar a beber en taza.
4. Sólo en casos excepcionales, en que el niño no pueda suspender el uso del biberón, se recomienda el uso de biberones ortopédicos, debido a que estos promueven un buen desarrollo maxilofacial.
5. Está prohibido probar los alimentos con la misma cuchara que se alimentará al niño.
6. No se debe soplar los alimentos del niño, por más caliente que estén.

7. Capacitar a los profesionales de la Salud y personal, que están relacionados con el infante desde temprana edad, respecto a los alimentos que presentan mayor potencial cariogénico.
8. Los alimentos industrializados que sean de potencial cariogénico o dañinos para los tejidos dentarios, deben estar rotulados del siguiente modo: “este alimento puede llegar a causar daño a sus dientes”. ⁽³⁰⁾

Algo importante a mencionar, es que los alimentos más cariogénicos, son los que contengan dentro de su composición azúcares refinados; y más aún si son pegajosos, debido a que se adhieren con mayor fuerza a los dientes. La frecuencia de consumo de estos alimentos tiene un mayor potencial cariogénico que la cantidad que se consuma en un momento determinado. El tipo de azúcar y el tiempo que permanezca en boca, son factores más importantes que la cantidad ingerida, en base a ello se debe tomar las siguientes medidas: ⁽³¹⁾

- Evitar ingerir alimentos entre comidas, así también se debe evitar la permanencia de alimentos azucarados en la boca, por ejemplo, el uso de biberón para dormir o los chupetines.
- Evitar los alimentos pegajosos, si se van a consumir dulces, que sean de consistencia acuosa o diluida, debido a que no se quedan muy adheridos a la superficie dental.
- No usar las golosinas como regalos o recompensas a una buena conducta, mucho menos si se dan entre comidas.
- Tener en cuenta que los refrescos que contengan azúcar son también potencialmente cariogénicos. ⁽³¹⁾

En conclusión, tenemos que, durante la primera infancia, se deben evitar los alimentos azucarados, sean sólidos o líquidos, solo así se logrará minimizar el riesgo de presentar caries a temprana edad; y se debe evitar con mayor razón, la ingesta de estos alimentos entre comidas y a la hora de dormir, ya que como se ha podido ver su potencial cariogénico se incrementa. ⁽³¹⁾

- **Otras medidas dietéticas:**

La saliva puede ser un factor protector debido a su capacidad buffer, que es la neutralización de los ácidos producidos por las bacterias; es por ello que los alimentos que aumenten su producción, estimulan indirectamente un efecto anticariogénico, es así que los chicles sin azúcar pero que contienen dentro de sus componentes al xilitol o sorbitol pueden ser de gran ayuda para este efecto. Con mayor razón los que contienen xilitol debido a que también se le atribuyen propiedades antibacterianas. ⁽³²⁾

En la actualidad se conoce que los jarabes pueden ser una fuente cariogénica de consideración, debido a que se le añaden azúcares para poder ser más tolerados por los niños al ingerirlos; es por ello que, de ser posible, se recomienda a los pediatras que prescriban medicamentos sin alto contenido de azúcar; o en su defecto indiquen la higiene posterior de los dientes, inmediatamente tomado la dosis. ⁽³³⁾

- Lactancia materna:

En la actualidad nos encontramos ante un dilema, ya que todos conocemos los beneficios de la lactancia materna por las proteínas que aporta al infante, sin embargo algunos autores consideran que la lactancia materna puede llegar a ser perjudicial para los dientes si se prolonga más allá del año de vida o si el infante lo toma a libre demanda, más aún si esto ocurriera por las noches; aunque para ello deben estar involucrados otros factores como una mala higiene bucal, o no usar debidamente los factores protectores con los que se cuenta. Los dientes que más afectados se ven por lo general son los dientes anterosuperiores. La lactancia prolongada, además de ser un factor de riesgo importante para la CIT, también puede inducir a la formación de malos hábitos alimenticios que serán nocivos para el infante. ⁽²⁷⁾

Walter afirma que la lactancia materna nocturna debe realizarse a libre demanda solo hasta los 6 primeros meses de vida; y Lobato añade que la lactancia nocturna debe

ser controlada después de la erupción de los primeros dientes, alrededor de los 7-8 meses. ⁽¹⁰⁾

- Lactancia artificial:

La lactancia artificial o también llamada leche de fórmula, es en muchos casos, un sustituto a la lactancia materna, si bien es cierto no cuenta con las mismas propiedades, de igual modo ayuda al desarrollo del infante durante sus primeros años de vida. El uso del biberón en conjunto con la leche de fórmula, está justificado en diversas situaciones, por ejemplo, cuando la madre no produce leche materna en cantidades adecuadas debido a ansiedad o estrés, o en casos en que la madre es portadora de una enfermedad transmisible como el VIH; o cuando está tomando medicamentos que se excretan por la leche materna y pueden llegar a ser perjudicial para el infante. ⁽²⁷⁾

RIPA L. ⁽³⁴⁾, realizó un estudio comparativo entre los infantes que se alimentaron por biberón y los que recibieron lactancia materna exclusiva; y llegó a la conclusión que los infantes alimentados vía biberón desarrollaron una mayor experiencia de caries, asociado a una falta de higiene y formación de placa bacteriana. Además, se observó que el riesgo aumentaba, conforme se incrementaba el tiempo de lactancia y con mayor razón si se daba por las noches. ⁽³⁴⁾

En conclusión, la mayoría de autores concuerdan en que la leche puede llegar a ser un factor de riesgo importante, si es que se toma de forma prolongada y no se realiza el destete de forma oportuna; además el riesgo incrementa si se toma a libre demanda por las noches; y si añadido a esto no se cuenta con una buena higiene bucal. ⁽¹⁰⁾

- Introducción de azúcares en la dieta:

Los azúcares son los alimentos con mayor potencial cariogénico, y según estudios científicos son incorporados en la dieta del infante desde los primeros meses de vida

y se mantienen durante el primer año; esto repercute en menor o mayor medida sobre la salud bucal del infante. ⁽³⁵⁾

Villena Sarmiento, en el año 1998, realizó un estudio para observar en qué momento eran incorporado los azúcares en la alimentación del niño, para ello se valió de una muestra de 385 niños de 0 a 36 meses de edad que acudían al programa de CRED del Hospital Cayetano Heredia- Lima, aquí encontró que el 73% de ellos, incorporó el azúcar como parte de su dieta antes de los 6 meses de edad; y más alarmante era que al año de vida, ya el 100% de ellos consumían de algún modo azúcar, con una frecuencia de 4 a 6 veces por día. En su mayoría estos azúcares eran de consistencia líquida y la principal razón que atribuían las madres para incorporarlos como parte de la dieta de sus hijos, era para otorgarles un mejor sabor. ⁽³⁶⁾

Correa, en el año 1999, añade que el principal vehículo por el cual el niño entra en contacto con el azúcar es el biberón, es a través y de ahí que a éste se le considera como uno de los principales factores de riesgo de la Caries de Infancia Temprana. ⁽³⁷⁾

En la actualidad se conoce que la asociación biberón y líquidos azucarados (como jugo de fruta con edulcorante, bebidas carbonatadas o jarabes), tiene un mayor potencial cariogénico que cualquier tipo de lactancia sea materna o artificial. ^(36,38,39)

Además, no solo es motivo de preocupación los líquidos azucarados, sino también los alimentos endulzados de consistencia sólida, debido a que muchos de ellos contienen dentro de su composición a la sacarosa, que es el azúcar predilecto por las bacterias para causar la desmineralización dentaria; y por consecuente es también un factor de riesgo importante. ⁽²⁷⁾

3.2.1.3. Control de los factores de riesgo de CIT:

La caries presenta una etiología multifactorial; es así que su inicio, progreso y expansión estará sujeto a los diversos factores de riesgo a los que el infante se encuentre expuesto, estos factores varían de un niño a otro; y no existe en la actualidad un único factor de riesgo que sea autosuficiente para producir la

enfermedad o para poder determinar con exactitud que infantes se encuentran en mayor riesgo.

Investigadores suecos realizaron un estudio a largo plazo, observando cuales son los factores de riesgo más determinantes para producir la caries en niños menores de 3,5 años. Los resultados indicaron que los factores de mayor consideración fueron: las colonizaciones por *Streptococcus Mutans*, el consumo frecuente de golosinas, las bebidas azucaradas y la falta de instrucción de la madre. La probabilidad de desarrollar la enfermedad era mucho mayor (87%) cuando estaban presente estos factores antes del primer año de vida. ⁽¹⁰⁾

Durante la primera infancia, están involucrados diversos factores de riesgo que son únicos para este grupo etario, y son precisamente sobre estos factores que se debe actuar:

- ***Microorganismos:***

La cavidad bucal del bebé al momento del nacimiento no presenta bacterias cariogénicas, es por ello que se le atribuye la transmisión de estas bacterias a la madre o a la persona con quien más comparta el niño durante sus primeros años de vida, se cree que esta transmisión se realiza por intermedio de la saliva, ya sea por besos o porque se comparta los mismos utensilios a la hora de comer.

Muchos autores han concordado que existen periodos críticos de susceptibilidad, esto vendría a ser los momentos en que el infante es más propenso a infectarse con estas bacterias, esto se produce al momento de la erupción de las piezas dentarias, vendría a ser entre los 6 y 24 meses que se da la erupción de las piezas deciduas; y entre los 6 y 11 años que se da el recambio dentario. Mientras más temprano sea la contaminación y la colonización en la boca del infante, mayor es el riesgo de presentar caries a temprana edad. ⁽²⁶⁾

La bacteria más implicada en la etiología de la caries dental es el *Streptococcus Mutans*. Participa en la colonización temprana de la placa bacteriana que se

encuentra adherida al diente y está relacionada directamente con el inicio de la caries. Esta bacteria aumenta considerablemente en cantidad conforme se va dando la erupción dental y es la bacteria que se encuentra en mayor proporción en la Caries de Infancia Temprana. ⁽¹⁰⁾

Köhler y Bratthall revisaron la cantidad de cepas de Streptococcus Mutans presentes en cucharas contaminadas y lo relacionaron con la cantidad de Streptococcus Mutans hallada en la saliva de la persona y hallaron una correlación significativa. Además, se evaluó por cuanto tiempo podrían permanecer con vida estas bacterias en la cuchara y se encontró que algunas bacterias permanecían con vida hasta después de 48 horas; si bien es cierto posterior a las 7 horas disminuía considerablemente su cantidad. ⁽²⁶⁾

Las medidas a seguir para evitar una colonización temprana por S. Mutans son las siguientes:

- 1.- Promover buenos hábitos de higiene oral en el infante.
- 2.- Evitar probar los alimentos del infante antes de dárselos.
- 3.- No compartir cepillo con el infante.
- 4.- Evitar los besos en la boca del infante.
- 5.- Promover una buena salud oral en la madre, debe mantener buena higiene bucal y realizar visitas periódicas al odontólogo para ser tratada en caso lo requiera.

- **Sustrato:**

Se debe evitar:

- Añadir cualquier tipo de azúcar en las bebidas, leche y fórmulas del infante, con mayor razón por las noches.
- Alto consumo de azúcar a causa de las bebidas o alimentos sólidos endulzados
- Biberones, excepto el caso lo amerite; chupones y hábitos de succión.
- La lactancia a libre demanda y de forma prolongada.

✓ **Uso del biberón y del chupón:**

- **Uso del biberón:** Lo ideal es que el biberón solo sea de uso exclusivo como vehículo para la leche; los jugos e infusiones deben ser tomados en tacitas. ⁽²²⁾ No se recomienda añadir miel o edulcorante al biberón porque resultaría un mayor factor de riesgo para la CIT. Con la erupción de los primeros dientes queda prohibido usar el biberón a libre demanda y con patrones de toma prolongadas, además debe evitarse que el bebé lacte mientras duerma; es necesario realizar la higiene bucal antes de acostarlo, para así evitar la aparición de la CIT. ⁽²²⁾

La incorporación de alimentos semisólidos debería ir acompañado del cambio progresivo de biberón a taza, esto debería realizarse al promediar los 12 meses de edad. Al llegar los 18 meses, que es el periodo en que empiezan a erupcionar los primeros molares deciduos, se debe abandonar definitivamente el biberón; debido a que una persistencia prolongada puede desencadenar en malos hábitos funcionales como: succión infantil, deglución atípica y maloclusiones posteriormente. ⁽²²⁾

- **Uso del chupón:** Lo ideal es que el chupón presente forma anatómica y se use como máximo hasta los 18 meses de edad, debido a que evidencias científicas asocian su uso prolongado a alteraciones en la posición lingual, que puede desencadenar maloclusiones. Los infantes que presenten un hábito funcional anormal como vendría a ser la succión no nutritiva, sea de chupón o digital, más allá de los 3 años, o que presente alteraciones en la oclusión, debe ser referido lo más antes posible donde un odontopediatra para su evaluación y posterior tratamiento. ⁽²²⁾

• ***Hospedero:***

Dentro de los principales factores relacionados la persona, tenemos:

- **Maduración y defectos del esmalte:**

El esmalte dental es un tejido altamente mineralizado, y ello lo vuelve el tejido más duro del cuerpo humano, esto le confiere una resistencia al diente; pero en ciertas

circunstancias, como las hipocalcemias, el proceso de mineralización del esmalte se puede ver afectado y desencadenarse una hipomineralización (afecta la calidad del esmalte) o una hipoplasia lineal del esmalte, que puede apreciarse mayormente en los dientes superiores deciduos, y es más prevalente en los sectores socioeconómicos más humildes. Los estudios clínicos han mostrado una asociación significativa entre hipoplasia y Caries de Infancia Temprana, incluso se ha reportado un mayor número de cepas de *S. Mutans* en la superficie dentaria afectada; es así que una hipoplasia puede ser un factor de riesgo de consideración para desarrollar CIT. ⁽⁴⁰⁾

- Factores Salivales:

Así como existen factores de riesgo, también contamos con factores protectores; y dentro de estos, tenemos a la saliva, que gracias a su capacidad buffer, neutraliza los ácidos producidos por las bacterias. La ingestión frecuente de azúcar por la noche es uno de los factores de riesgo más importantes para la Caries de Infancia Temprana, esto debido a que por la noche el flujo salival disminuye y por tanto la autólisis (mecanismo por el cual la saliva limpia por arrastre las estructuras orales) es mínima. Es por ello, que los niños que padecen de xerostomía (poca producción de saliva), o una mala calidad de la saliva (demasiado viscosa) presentan mayor riesgo, además de una progresión más rápida de la caries. ⁽⁴⁰⁾

- Factores Inmunológicos:

Existen ciertos componentes de la leche materna que pueden actuar como factores protectores, por ejemplo, la Inmunoglobulina A, que según estudios realizados en animales puede actuar como anticuerpo contra los *Streptococcus Mutans*, resultando en un menor índice de caries. Es así que los infantes que toman lactancia artificial (leche de fórmula) no cuentan con este mecanismo de defensa. ⁽⁴⁰⁾

- Factores Sistémicos:

Las enfermedades o condiciones sistémicas son factores predisponentes para la caries dental, es así que se ha demostrado que los niños que presentan bajo peso al nacer o los niños con desnutrición crónica, presentan un mayor riesgo a desarrollar CIT; así también existen enfermedades durante la primera infancia o enfermedades de la madre durante el periodo de gestación, que condicionan a que el infante presente alteraciones en la formación del esmalte dentario (hipoplasias). También hay que considerar que muchas veces estos niños con enfermedades crónicas deben estar sujetos a jarabes o medicamentos endulzados que muchas veces son colocados en el biberón, lo cual constituye un factor de riesgo importante.

Existe evidencia científica que la Caries de Infancia Temprana y el bajo peso posterior a la aparición de la enfermedad están relacionados, una de las principales razones es que los niños con CIT presentan dificultades al masticar, a esto se le suma el dolor que muchas veces sienten al comer producto de las lesiones dentarias. De otro lado, tenemos a las patologías del desarrollo maxilofacial, siendo la más representativa la fisura de labio y paladar, esta condición predispone a los incisivos superiores deciduos a ser más susceptibles a desarrollar CIT, es por ello que se les considera como niños con alto riesgo, y es de suma importancia el papel de la prevención para estos casos. ⁽⁴¹⁾

- Higiene Bucal:

La asociación de una dieta cariogénica con un déficit en la higiene bucal, da como resultado un gran acúmulo de placa bacteriana y como consecuencia una alta probabilidad de desarrollar Caries de Infancia Temprana.

RIOS DÍAZ, en el año 1996, evaluó cuales eran los principales hábitos y que elementos eran los más usados para la higiene bucal en 95 niños de 24 a 42 meses de edad, obteniendo que la mayoría de madres (67%) realizaban la higiene bucal de sus hijos 1 sola vez por día; la mayoría de niños (77%) usaban cepillo dental; aunque solo el 66% usaban pasta dental. El 32% de las madres realizaban la higiene bucal

con gasa y agua tibia. Además, el 50% de las madres señalaron que empezaron la limpieza bucal de sus hijos antes de los 6 meses de edad. ⁽⁴²⁾

Estudios científicos han revelado la importancia que tiene la higiene bucal a temprana edad (incluso antes de la aparición de los primeros dientes), no solo porque promueve el hábito en el infante, sino porque estimula la erupción y además se logra acondicionar la cavidad oral como un medio favorable para la erupción.

- ***Factores Cognitivos:***

La literatura nos presenta la relación estrecha que tiene la educación de las madres respecto a promoción y prevención, con la prevalencia de Caries de Infancia Temprana. La instrucción de las madres sobre estos temas repercutirá en la formación de buenos hábitos y control de los factores de riesgo predisponentes de la enfermedad, conllevando así a una buena salud bucal y general del infante. Estudios demuestran que un nivel de conocimiento bajo por parte de las madres se verá reflejado en una alta colonización de *Streptococcus Mutans* en la boca del niño, con una mayor prevalencia de caries, un mayor acúmulo de placa bacteriana, una deficiente higiene bucal y una mayor frecuencia de consumo de azúcares. ⁽⁴⁰⁾

- ***El tiempo:***

Las evidencias demuestran que más dañino que la cantidad de azúcares consumidos en un momento determinado, es la frecuencia con la que se realiza y el tiempo prolongado que permanece adherido a las superficies dentarias; ya que esto conlleva a un descenso progresivo del pH bucal, hasta llegar al pH crítico del esmalte dentario, que es 5.5, aquí ocurre la desmineralización dental. Las lesiones cariosas en la dentición decidua progresan rápidamente, esto se debe principalmente a que el esmalte y la dentina de una pieza decidua es de menor grosor en comparación con un diente permanente; así podemos observar el paso de mancha blanca a lesión cavitada de forma rápida.

El tiempo que está expuesto el infante cuando lacta a través del biberón es crucial, debido a que determinará la agresividad que presente la caries.

Derkson y col. demostraron que los niños que presentaban “Caries de biberón”, lactaban con biberón por más de 8 horas al día; en cambio los niños sanos solamente lactaban un promedio de 2 horas al día. La frecuencia y la duración son dos aspectos importantes a la hora de cuantificar el riesgo y están relacionados directamente con la severidad de la caries. ⁽⁴¹⁾

- ***Salud bucal de la madre:***

Se cree que la madre es el principal vehículo por el cual el niño adquiere sus primeras cepas de microorganismos cariogénicos, esto se da por intermedio de la saliva, posteriormente se dará la colonización primaria y una posterior proliferación de los microorganismos involucrados, esto puede conllevar a la aparición temprana de la caries dental; sin embargo, para que esto suceda se necesita de varios factores; el más importante, el sustrato (que está constituido por los azúcares presentes en la dieta del infante), además de una deficiente higiene bucal en el infante. ⁽⁴²⁾

Además, sería óptimo que la madre presente una buena salud bucal, sin presencia de lesiones cariosas o problemas periodontales; para ello se recomienda que pase controles periódicos con el dentista para así de este modo disminuir la carga bacteriana presente en su boca.

3.2.1.4. Determinación de riesgo de caries dental:

Se puede hacer uso de múltiples herramientas para cuantificar el riesgo de caries en un infante. Para ello es importante realizar una buena historia clínica, donde se evaluará la historia dental y médica del paciente; es de vital importancia tener en cuenta todos los factores de riesgo y los factores protectores a los que está expuesto el niño. ⁽⁵²⁾ Es difícil encontrar una herramienta ideal que permita identificar a todos

los niños que se encuentran en alto riesgo a desarrollar Caries de infancia Temprana; sin embargo, existen ciertos criterios que nos permite diferenciar que grupos se encuentran más expuestos y por consiguiente son más propensos a desarrollar esta enfermedad, así tenemos:⁽⁴³⁾

- Niños cuyas madres presenten una mala salud bucal (varias lesiones cariosas).
- Niños con experiencia de caries, presencia de placa bacteriana, o manchas (blancas o marrones).
- Niños que se acuestan con el biberón, o que amamantan toda la noche.
- Niños con problemas de salud o enfermedades sistémicas.
- Niños con mala higiene bucal.
- Niños de familias de nivel socioeconómico bajo.
- Niños que no cuenten con servicios de salud. ⁽⁴³⁾

En estos niños es más preponderante aún mantener un buen control preventivo y llevar una vigilancia o supervisión de toda la cavidad oral.

3.2.1.5. Higiene bucal para el infante:

Uno de los factores de riesgo más preponderantes para que se dé la caries dental, es la placa bacteriana adherida a la superficie dentaria, esto puede ser controlado con una buena higiene bucal diaria, mediante el cepillado.

Los hábitos de higiene bucal deben empezar desde temprana edad, es así que debe empezar incluso desde antes de la erupción dentaria, limpiando superficies como el paladar, la lengua y los rodetes; de este modo se disminuye la probabilidad de desarrollar caries. Es por ello que es de gran importancia que las madres cuenten con la instrucción necesaria sobre cómo y a partir de cuándo se debe empezar a realizar la higiene bucal, además de conocer las múltiples herramientas con las que se cuenta para este fin. Es responsabilidad de la madre o tutor la higiene bucal del infante, debido a que el niño no cuenta con la habilidad motora suficiente para realizarlo de forma correcta. ⁽²²⁾

✓ Higiene bucal por edades:

Antes de la erupción de los primeros dientes, que se da entre el 7mo y 8avo mes, se debe empezar con la higiene bucal en el infante, mínimo una vez al día, debido a las siguientes razones:

- Se promueve hábitos de higiene bucal desde temprana edad.
- Se limpian estructuras diferentes a los dientes (paladar, rodete, lengua), y donde también se pueden acumular residuos de los alimentos.
- Al realizar la higiene de los rodetes en forma de masajes, se promueve la erupción dental.
- Se disminuye la carga bacteriana, promoviendo así un hábitat más favorable al momento de la erupción dentaria.

La limpieza a esta edad, se puede realizar con gasa y agua tibia, pañitos especiales o emplear dedales de silicona. ⁽²²⁾

3.2.1.5.1. Cepillado:

Con la erupción de los primeros dientes se le debe empezar a cepillar los dientes al niño, mínimo 2 veces por día; y una de estas veces necesariamente por la noche, antes de acostarlo. El cepillado dental constituye una de nuestras mejores armas para combatir a la caries dental, debido a que elimina la placa bacteriana que se encuentra adherida a los dientes. ⁽²²⁾ A los 18 meses aproximadamente, empieza la erupción de los primeros molares deciduos; y con ello se debe optar por un cepillo que tenga un mango grueso, cerdas de preferencia suaves con las puntas redondeadas y la cabeza del cepillo debe estar acorde a la boca del niño. El cepillo debe ser cambiado cuando se verifique que las cerdas ya no ejercen una buena función debido a que se encuentran dobladas. La técnica de cepillado debe ser sencilla. ⁽²²⁾

Es importante que la madre tenga conocimiento de que áreas son más susceptibles a desarrollar caries, así tenemos:

- Fosas y fisuras en la cara oclusal de las molares.
- En la región cervical (área de unión entre diente y encía) de los dientes anterosuperiores.

La posición de la madre para el cepillado del niño, debe permitirle una buena visibilidad y una comodidad para realizar los movimientos correspondientes, siempre manteniendo firme la cabeza del niño; es por ello que la madre debe colocarse por detrás del niño, sentándose en una silla en caso el niño esté de pie o colocar la cabeza de su hijo entre sus piernas. ⁽²²⁾

Técnicas de cepillado recomendadas:

LARTITEGUI M., en el 2006, indicó que el cepillado tiene como función principal el control mecánico de la placa blanda que se encuentra adherida a la superficie dental, y tiene como objetivos principales: ⁽²⁶⁾

- Limpiar los residuos alimenticios que se encuentran adheridos a las superficies dentarias.
- Aportar fluoruros al medio bucal a través de la pasta dental.

▪ **Técnica de Barrido Horizontal:**

Lartitegui recomendó la técnica de barrido horizontal durante la primera infancia por ser la más fácil de realizar. La técnica consiste en colocar las cerdas del cepillo de forma perpendicular al eje del diente y realizar movimientos horizontales hacia atrás y hacía adelante. El cepillado debe ser con una fuerza moderada, lo suficiente para poder retirar los residuos alimenticios y placa bacteriana; pero sin llegar a ser tan fuerte, debido a que se puede ocasionar lesiones en la encía, además de generar malestar. Las madres son las principales responsables de realizar la higiene bucal en sus hijos, debido a que el niño a esa edad no cuenta con las habilidades motoras necesarias para realizarlo de forma correcta. ⁽²⁶⁾

- **Técnica Circular o Rotacional (TÉCNICA DE FONES):**

Muchos autores consideran a esta técnica como la ideal durante la primera infancia, debido a su practicidad y eficiencia. Para esta técnica se necesita que el niño esté en oclusión dentaria y se coloca el cepillo en una angulación de 90° respecto al eje del diente, colocando las cerdas del cepillo desde la encía hasta terminar en la superficie incisal (dientes anteriores) u oclusal (dientes posteriores), haciendo un movimiento de rotación circular con una fuerza moderada, es necesario verificar que las cerdas del cepillo pasen por los espacios interproximales. ⁽⁴⁴⁾

3.2.1.5.2. Uso de la pasta dental fluorada:

Ante la alta prevalencia de caries en la infancia, es necesario tomar conciencia y adoptar medidas preventivas; y una de las más importantes es la utilización de pastas dentales fluoradas. El uso de una pasta dental adecuada potencia los beneficios del cepillado. ⁽³¹⁾ Estudios científicos han revelado que es uno de los métodos más recomendados para la prevención, esto debido a que su uso continuado ha demostrado tener eficacia en detener el proceso de desmineralización dental. Además, que resulta más sencillo incorporar este hábito en la sociedad debido a la aceptación social que tiene el cepillado con pasta dental. ⁽³¹⁾

Hasta hace unos años, se tenía el concepto errado de que no se debía usar pasta dental fluorada hasta que el niño aprenda a escupir bien, para evitar riesgo de fluorosis por ingestión; sin embargo, a partir del año 2003, a raíz de la publicación de múltiples revisiones sistemáticas, este concepto cambió y actualmente se reconoce que durante la primera infancia se puede usar pastas dentales fluoradas, pero en cantidades pequeñas (del tamaño de un granito de arroz o lentejita). Esta cantidad en promedio equivale a 0,1 ml; es así que para que el niño pudiera estar expuesto a desarrollar fluorosis tendría que cepillarse 13 veces al día con una pasta dental de 1000 partes por millón de Flúor o 8 cepillados con una pasta dental de 1500 partes por millón de Flúor; esto asumiendo que se ingiera la totalidad de la pasta dental colocada en el cepillo. ⁽⁴⁵⁾

Actualmente se reconoce que la incorporación de la pasta dental fluorada al cepillado, es la principal responsable de que exista una reducción en la prevalencia de Caries de infancia Temprana en el mundo. Es por ello que los niños que no estén utilizando pastas dentales fluoradas no reciben estos beneficios preventivos. La evidencia científica es contundente respecto a los beneficios preventivos que aportan las pastas dentales fluoradas con una concentración de mayor o igual a 1000 partes por millón de flúor. ⁽⁴⁵⁾

La OMS recomienda que, desde la erupción de los primeros dientes deciduos, se haga uso de las pastas dentales fluoradas a una concentración de 1000ppm de Flúor, la cantidad a usar debe ser equivalente al tamaño de un granito de arroz, el cepillado debe realizarse mínimo 2 veces por día; y una de esas veces necesariamente antes de acostar al infante. El cepillado debe ser supervisado o realizado por la madre, y para maximizar el efecto preventivo de la pasta dental fluorada, se recomienda que el niño no se enjuague con agua ni durante ni después del cepillado, y que solo se limite a escupir el exceso. ⁽⁴⁵⁾

3.2.1.5.3. Otros complementos en la higiene bucal:

✓ Clorhexidina:

Existen métodos preventivos complementarios que por su naturaleza química deben ser usados en ciertos casos, como por ejemplo en niños de alto riesgo a producir CIT.

La clorhexidina es un antiséptico de naturaleza antimicrobiana por su actividad bactericida, presente un amplio espectro de acción; sin embargo, es más eficaz sobre los gram +, es por ello que es tan efectivo contra el *Streptococcus Mutans*. ⁽⁴⁶⁾ En el mercado lo podemos encontrar en diversas presentaciones: colutorios, geles, pastas dentales y barnices. ⁽¹⁸⁾ Se debe tener cuidado con abusar de esta sustancia, porque se han reportado casos de niños con alteraciones en el gusto, e irritación en la boca o lengua.

Diversos estudios científicos han comparado cuál de los principales agentes antibacterianos es más efectivo en la reducción de cepas de Streptococcus Mutans, resultando la clorhexidina como la de mayor efectividad. De las presentaciones de la clorhexidina, los barnices son los que presentan mayor sustentividad, seguido de los geles y colutorios. ⁽⁴⁶⁾

✓ Hilo dental:

Existen zonas de difícil acceso para el cepillo dental (independientemente de la técnica que se realice o la habilidad que se presente), principalmente me estoy refiriendo a los espacios interproximales, los cuales representan áreas susceptibles a desarrollar caries si no se realiza una correcta higiene en esta zona, es aquí donde radica la importancia del hilo dental.

En la práctica diaria se puede observar muchas veces caries interproximales inclusive en niños con buenos hábitos de higiene bucal, debido al acúmulo de alimentos entre los dientes. Es por ello que el hilo dental representa un buen complemento al cepillado dental. Los padres pueden valerse de flossers (posicionadores de hilo) para facilitar su tarea. ⁽²²⁾

3.2.1.6. El flúor como medida preventiva:

3.2.1.6.1. Flúor sistémico:

Es necesario hacer una buena historia clínica, y mediante la anamnesis obtener datos que nos puedan servir como referencia para saber a qué fuentes de flúor a nivel sistémico está expuesto el infante. En una población infantil y más específicamente a nivel individual, es necesario determinar la exposición a fluoruros a nivel local y sistémico, para así determinar si el niño está expuesto a dosis mayores a las permitidas y existe un posible riesgo de fluorosis (cuando la concentración es mayor a 0,07 mg Flúor x Kg de peso/ día). ⁽⁴⁷⁾

En las últimas décadas, el índice de prevalencia de CIT había bajado en la mayoría de países industrializados, gracias a la exposición a fluoruros a la cual se encontraba el infante, tanto a nivel sistémico (mediante el agua de consumo, bebidas y alimentos fluorados), como también a nivel local mediante los tópicos (pasta dental, geles y colutorios), complementado con una mejora en los hábitos nutricionales y una eficiente higiene bucal. Sin embargo, en la actualidad de nuevo nos encontramos ante un aumento en la prevalencia de esta enfermedad, y esto puede deberse principalmente por un descuido de los padres y un abandono de las medidas preventivas de salud anteriormente mencionadas. ⁽³¹⁾

✓ Flúor sistémico grupal:

En la actualidad, la incorporación de flúor al agua potable de consumo poblacional, sigue siendo la medida más eficiente y económica para la prevención grupal de caries dental, esto se debe a que el agua forma parte de nuestra rutina alimenticia. Esta medida ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y ha sido implementada en más de 40 países, beneficiando a más de 250 millones de personas en la actualidad. En un comienzo, a esta medida se le atribuyó una reducción en la incidencia de caries de hasta un 40- 50% en dentición decidua y hasta un 60% en la dentición permanente; sin embargo, estudios científicos recientes indican que esta reducción oscilaría entre el 18 y 40%, debido a que existen otros factores protectores que están involucrados en la reducción de esta enfermedad. ⁽³¹⁾

En poblaciones de alta prevalencia de Caries Dental, la fluoración del agua constituye uno de los métodos de primera elección, por ser efectivos y prácticos y por ende debe formar parte de la estrategia sanitaria de la Salud Pública; sin embargo, en poblaciones donde la prevalencia y el riesgo es bajo; y además se cuenta con otras medidas protectoras (por ejemplo, otras alternativas de Flúor), en estos casos la fluoración del agua no es necesario, debido a que se cuenta con otras fuentes de flúor, como por ejemplo las pastas dentales, los enjuagues, etc. ⁽³¹⁾

La Fluorosis Dental ha aumentado en algunos países desarrollados, pero esto no debe ser motivo de miedo si se lleva un control periódico del flúor al que se está expuesto; el problema con estos países, es que además del agua fluorada comunitaria, se cuenta con otras fuentes ricas en flúor en forma tópica de manera individual (pasta dental, barnices, geles). Además, los niños de estos países presentan mejores hábitos de higiene bucal y por ende se cepillan los dientes con pasta dental fluorada en mayor número de veces, además del consumo de alimentos con alto contenido de flúor o que son elaborados con agua fluorada, por todo ello presentan mayor riesgo a padecer Fluorosis Dental. ⁽³¹⁾

Cuando no se puede fluorizar el agua por falta de recursos, se puede fluorizar la sal común (se añade 200 mg de fluoruro de Sodio x Kg de sal); aunque esta medida es poco útil en la primera infancia debido a que no es recomendable comer alimentos con alto contenido en sal por el potencial de riesgo que esto representa para las enfermedades cardiovasculares. ⁽³¹⁾

El MINSA (1996), puso en marcha la fluoración de la sal común, el cual debía contener en promedio 200 partes por millón de Flúor, y debería llegar al 75% de la población. ⁽⁴⁸⁾

✓ Flúor sistémico individual. Suplementos orales de fluoruros:

En poblaciones en las cuales no es posible fluorizar el agua, una buena alternativa para aprovechar los beneficios del flúor, lo constituyen los suplementos orales de fluoruro. Para ello la cantidad de suplemento que se administre estará supeditado a la concentración de Flúor que presente el agua que se consume. Para conocer esta concentración en las distintas comunidades, puede recurrirse a los artículos de revisión o resoluciones ministeriales. ⁽³¹⁾

El fluoruro de sodio (NaF) presenta una absorción óptima (del 90 al 97%) si se toma sin la presencia de alimentos. Sin embargo, su biodisponibilidad disminuye hasta un 53% cuando se toma en conjunto con leche o algún otro producto lácteo. Se deposita

sobre los dientes y puede distribuirse de forma libre o unido a proteínas plasmáticas (efecto menos intenso, pero más duradero). Tiene un tiempo de vida media de una hora, para posteriormente excretarse por vía renal. Su presentación es de acuerdo a la edad, así tenemos que, para los infantes de 6 meses a 2 años de edad, lo ideal es usarlo en gotas. Para infantes mayores a 2 años de edad, se debe dar en forma de comprimidos masticables o que puedan disolverse al contacto con la lengua. ⁽³¹⁾

3.2.1.6.2. Flúor local:

✓ Aplicación tópica de flúor:

Se creía que debido a que el flúor se incorporaba a los cristales de hidroxiapatita, le proporcionaba una resistencia extra al esmalte dental y por eso su papel era importante en la prevención dental, sin embargo hoy en día se conoce la verdadera importancia del flúor sobre los dientes, y esto es, que detiene el proceso de desmineralización dental producido por los ácidos que forman las bacterias cariogénicas (en especial el *Streptococcus Mutans*); promueve de este modo una remineralización dentaria en lesiones incipientes como manchas blancas, y es por ello que es ideal que se encuentre la mayor cantidad de iones flúor en contacto con la superficie dentaria. ⁽³¹⁾

Fluoruro tópico: uso domiciliario (pasta dental fluorada): ⁽⁴⁷⁾

1. La Asociación Americana de Odontopediatría(AAP) y el Ministerio de Salud del Perú (2017), basándose en evidencia científica, sugieren el uso de las pastas dentales fluoradas (desde la erupción de los primeros dientes) con concentraciones de mayor o igual 1000ppmF, pero en las cantidades adecuadas de acuerdo a la edad del infante, es así que un niño menor a 3 años la cantidad de pasta que se debe colocar en el cepillo es el tamaño de “un granito de arroz”(equivalente a 0,1 ml), y se debe instruir a la madre para que coloque la pasta dental a lo ancho del cepillo, haciendo una presión suave para que se introduzca entre las cerdas.

2. La cantidad óptima de cepillados dentales al día debe ser ≥ 2 veces.
3. Se recomienda el uso de pastas dentales fluoradas de baja concentración (400 a 600 ppm), o en algunos casos que lo ameriten, sin flúor; en comunidades que presenten sistemas sanitarios de fluoración (agua o sal fluorada), para ello se debe contar con un control de las cantidades de flúor a la que el niño se encuentra expuesto por día.
4. Incentivar e instruir al infante desde temprana edad, a escupir y no ingerir la pasta dental.
5. Las pastas dentales fluoradas deben estar al servicio de la comunidad, pero es necesario que el profesional, indique la cantidad y frecuencia con que deben usarse.
6. Las pastas dentales fluoradas deben estar debidamente rotuladas, indicando en primer lugar, su concentración de flúor en partes por millón (ppm); y además debe tener la advertencia de “no dejar la pasta dental al alcance de los niños” e indicar que, de preferencia en niños pequeños, es mejor consultar con su dentista, antes de usarlo.
7. Es función del Ministerio de Salud, restringir cualquier tipo de propaganda que promueva directa o indirectamente al infante a ingerir o usar en cantidades excesivas la pasta dental. ⁽⁴⁷⁾

✓ Aplicación tópica de barniz fluorado en la primera infancia:

Los barnices fluorados constituyen uno de los métodos más efectivos para la prevención en la práctica odontológica, se han usado por más de 30 años y su alto contenido en flúor lo convierte en el material ideal para proteger las superficies dentarias que se encuentran más susceptibles a desarrollar caries, además se usa con fines terapéuticos en lesiones incipientes como manchas blancas, debido a que detiene la progresión de la desmineralización dental, con ello evita que avance la lesión. Además, promueve la remineralización del diente. ⁽⁴⁹⁾

Cuando es usado con fines preventivos en infantes de moderado o alto riesgo a desarrollar CIT, se coloca en intervalos de 3 a 6 meses; en cambio cuando se trata

de fines terapéuticos se coloca una vez por semana x 4 semanas; y posteriormente 1 vez al mes por los 3 meses siguientes.

Estos barnices presentan una consistencia viscosa y han sido diseñados para endurecer rápidamente en la superficie dentaria, lo cual le confiere una mayor retención, prolongando así su tiempo de vida media. Se debe realizar una profilaxis antes de colocar el barniz fluorado, debido a que la placa bacteriana interfiere con su adhesión y mecanismo de acción. Para su aplicación se debe primero secar las superficies dentarias y luego colocar el material haciendo uso de un pincel o microbrush. ⁽⁴⁹⁾

El barniz más conocido y usado en la actualidad es el “Duraphat”, que tiene una concentración de 5% de fluoruro de sodio, lo cual representa 22.600 partes por millón de iones Flúor; su presentación contiene una suspensión de alcohol, y un sistema de resina que se activa al contacto con la saliva. En el mercado, se encuentra disponible otra presentación de barniz de flúor, en ampolla, conocida como “Flúor Protector”, que contiene 0,1% de flúor silano (7.000 ppmF). ⁽⁴⁹⁾

El barniz de flúor tópico es efectivo en la prevención y control de CIT y es el flúor tópico de elección en la primera infancia por las siguientes razones:⁽⁵⁰⁾

- Es más efectivo, debido a que existe evidencia científica que muestra su participación en la reducción de prevalencia de CIT.
- Presenta un alto contenido en flúor que es liberado de forma sostenida por periodos largos.
- Es una técnica de aplicación sencilla y que no demanda mucho tiempo.
- El sabor es agradable y bien tolerado por los infantes menores de 3 años.
- No sólo detiene el proceso de desmineralización, sino que remineraliza las lesiones incipientes de caries (manchas blancas). ⁽⁵⁰⁾

Estudios a nivel mundial han demostrado su importancia como medida profiláctica en niños con alto riesgo de CIT, debido a que proporciona altas concentraciones de

Flúor en la saliva a las 2 horas de la aplicación. Gracias a su fácil aplicación y manejo es muy útil en niños pequeños o aquellos que sufren de alguna condición especial que les impida tolerar de buena forma la cubeta con el gel acidulado. Otra ventaja es que permite su aplicación en zonas específicas del diente. ⁽³¹⁾

MARINHO V; HIGGINS J y col., basados en nueve ensayos clínicos controlados, determinaron que los barnices fluorados usados como medida terapéutica, pueden llegar a reducir la caries dental hasta en un 33% en la dentición temporal. ⁽⁵¹⁾

MARINHO V. y col., realizaron un estudio longitudinal donde encontraron que si a un infante se le aplica barniz fluorado con intervalos regulares de 3-6 meses, se reduce considerablemente la caries dental; siempre y cuando este protocolo de flúor vaya acompañado de una correcta higiene bucal con pasta dental fluorada (mayor o igual a 1000ppmF), y un bajo consumo de azúcares. En las últimas décadas se han realizado numerosas investigaciones clínicas y de laboratorio que han demostrado que el barniz fluorado es hasta un 30% más efectivo en la reducción de caries, en comparación con otros fluoruros tópicos. ⁽⁵⁰⁾

La aplicación del flúor barniz a intervalos regulares de 6 meses, en poblaciones que presentan un riesgo bajo o moderado de caries, resulta efectivo como método preventivo, llegando a alcanzar niveles que no se puede lograr con ningún otro flúor tópico. En poblaciones que presentan alto riesgo de CIT, se recomienda que la aplicación sea a intervalos regulares de 3 a 6 meses, logrando así una reducción de la incidencia de caries de hasta un 69%. ⁽⁴⁹⁾

En lugares donde no se cuenta con odontólogo, es importante la capacitación que puedan tener los profesionales de la salud, para así poder aplicar de forma oportuna y periódica el barniz fluorado, posterior a una revisión minuciosa de los dientes, llevándolo a convertirse en una medida muy efectiva para reducir la incidencia de Caries de Infancia Temprana. ⁽⁴⁹⁾

3.2.1.7. Uso de sellantes:

Otro método preventivo muy usado en la actualidad son los sellantes dentales. Diversos estudios clínicos han demostrado el éxito que tienen estos materiales en la reducción de la caries en fosas y fisuras profundas o retentivas. Es una medida muy eficiente en la prevención de la caries dental incluso a temprana edad. ⁽⁵²⁾

El uso de los sellantes tiene como objetivo rellenar los surcos, fosas y fisuras del esmalte en la cara oclusal de las piezas posteriores, impidiendo así de este modo el acúmulo de placa bacteriana en esta zona, además de generar una barrera que evite la difusión de los sustratos fermentables necesarios para la producción de ácidos, y finalmente facilita que se pueda realizar la higiene bucal de una mejor forma en estas zonas. ⁽⁵²⁾ Los sellantes son muy efectivos en la prevención porque también poseen la ventaja de liberar iones fluoruro, por lo tanto, permite una remineralización constante del diente. ⁽⁵³⁾

Sin embargo, su efectividad está condicionada por su capacidad de retención en la superficie dentaria a largo plazo; y esa retención estará determinada por los siguientes factores:⁽⁴⁹⁾

- la técnica usada para la aplicación
- el grabado ácido (20 segundos en dentición temporal)
- el grado de erupción de los dientes
- el sistema adhesivo (primer + adhesivo)
- el tipo de material (las resinas fluidas presentan una mejor retención en comparación los ionoméricos)

Por lo general, suelen colocarse por primera vez los sellantes, en las primeras molares permanentes aproximadamente a los 6 años de edad; sin embargo, en algunos niños, los molares en su dentición decidua tienen también surcos profundos que podrían beneficiarse de estos materiales, y en esta situación su dentista u odontopediatra puede recomendarlos, con mayor razón en aquellos niños que tengan un riesgo moderado o alto de caries. ⁽⁵²⁾

Evidencias clínicas demuestran que la retención de los sellantes en la dentición decidua es menor en comparación con la dentición permanente, atribuyendo ello a la angulación que forman los prismas del esmalte en relación a la superficie del esmalte en la dentición decidua. Se registran tasas de retención en molares deciduas de 74 a 96% al año de colocado el sellante, y de 70 a 76% a los 3 años. Estudios científicos demuestran que la mayor dificultad a la que nos enfrentamos en la práctica diaria al momento de colocar un sellante en una molar decidua, es el aislamiento, condicionado por la edad del niño y su tipo de conducta. La contaminación por saliva en la superficie dentaria a sellar va a disminuir considerablemente la retención del sellante. Se busca aumentar la efectividad con una buena técnica de aplicación, controles posteriores y resellado si el caso lo amerita. ⁽⁴⁹⁾

En el 2008, La Asociación Odontológica Americana, basados en evidencia clínica, reportaron que los sellantes constituyen una medida efectiva en la prevención de la caries dental y además pueden prevenir la progresión de lesiones cariosas incipientes no cavitadas. Sin embargo, cuesta creer como a pesar de todas las evidencias, los sellantes dentales se usan poco en la actualidad, incluso en las poblaciones donde el Servicio Integral de Salud (SIS) cubre estos gastos. ⁽⁵²⁾

3.2.1.8. Primera visita odontológica:

La falta de instrucción de las madres sobre salud bucal, ocasiona que tengan el concepto errado de que no es posible desarrollar caries a temprana edad, y por ello no le dan importancia el llevar al niño donde el odontólogo. Estudios científicos demuestran que los niños, por lo general, no visitan al dentista con fines preventivos, sino cuando ya se presentan las lesiones cariosas o cuando ya existe una sintomatología de dolor, y en estos casos el tratamiento se vuelve más complicado tanto para el odontólogo como para el infante. ⁽¹⁰⁾

La Academia Americana de Odontología Pediátrica, recomienda que el infante realice su primera visita al odontólogo durante su primer año de vida. En esta visita,

el odontólogo evaluará el riesgo de caries del infante, e instruirá a la madre sobre las medidas preventivas de la caries, y la importancia de promover buenos hábitos de higiene bucal y nutricionales desde temprana edad. Además, se determinará si existe necesidad de aplicar flúor tópico basándose en el riesgo. Sin embargo, con fines preventivos, la madre puede realizar una visita prenatal al odontólogo para que le instruya sobre los hábitos a seguir para mantener la salud bucal del niño después del nacimiento. (54, 55)

FERREIRA y col., señalaban que la madre debe acudir con el niño por primera vez donde el odontólogo durante los primeros meses de vida, no solo porque se busca mantener la salud bucal de infante, sino porque le permite al niño familiarizarse con el consultorio dental desde temprana edad, y esto influye en la confianza que pueda tener posteriormente respecto al odontólogo. (10)

Un aspecto importante, es la labor que desempeña el pediatra en la prevención, por ser el primer profesional de la salud en conversar con la madre, se vuelve importante la información que pueda transmitirle con la consecuente derivación donde el odontólogo. La tardía visita del niño al odontólogo, constituye un factor de riesgo importante para la CIT. (22)

3.2.1.9. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La OMS estableció 10 metas para incentivar a los países en vía de desarrollo a promover medidas preventivas. La visión era que para el 2000, la prevalencia de caries sería del 50% en niños menores a 5 años; y para el 2010, se reduciría hasta el 10%. Sin embargo, no se lograron los objetivos establecidos; y la caries en la actualidad, sigue siendo una de las principales enfermedades de la infancia. La OMS reportó en el 2012, que la caries dental presenta una prevalencia de 60-90% en escolares; y que la mejor forma de prevenir esta enfermedad es manteniendo iones fluoruro de manera constante y a una baja concentración en la cavidad oral. En la

actualidad, no cuenta con datos específicos sobre la prevalencia de caries en niños menores de 3 años. ⁽⁵⁶⁾

Este organismo recomienda las siguientes intervenciones para promover la salud bucal:

1. Controlar los factores de riesgo de la enfermedad, centrándonos en las necesidades del individuo y la población.
2. Promover estilos de vida saludables y controlar los determinantes de la salud (condiciones socioeconómicas y ambientales de la población).
3. Desarrollar programas de salud bucal e integrarlos a los programas nacionales de salud, con el objetivo de responder a las necesidades del individuo.
4. Se debe instaurar una política pública que promueva la salud bucodental en las distintas poblaciones y principalmente a los sectores más vulnerables. ⁽⁵⁶⁾

3.2.2. El conocimiento:

3.2.2.1. El conocimiento en Higiene Bucal:

Es el entendimiento de las pautas que se deben seguir respecto a la higiene bucal, como a partir de cuándo debe realizarse, qué elementos son necesarios y cómo debe realizarse de acuerdo a la edad que se presente, tiene como objetivo conocer la importancia de la higiene bucal en la disminución de la prevalencia de la caries dental y busca controlar este factor de riesgo que puede ser desencadenante de la enfermedad; y lograr así mejorar el índice de salud bucal en la población. ⁽⁵⁷⁾

Para que un establecimiento de salud pueda conseguir estos objetivos establecidos, como por ejemplo disminuir la prevalencia de caries dental en niños, es necesario elaborar estrategias de salud que estén orientadas a la promoción y prevención de la salud bucal; y es necesaria una intervención en conjunta con todos los actores sociales que estén involucrados. ⁽⁵⁸⁾

3.2.2.2. Importancia del Conocimiento de la salud bucal en el infante:

Es importante la promoción de hábitos saludables a temprana edad, debido a que el niño crece adecuado a estas medidas, y posteriormente conforme va creciendo solo se irá reforzando progresivamente lo aprendido; sin embargo, para que esto sea posible, la madre debe contar con los conocimientos necesarios y además presentar una actitud favorable que ayude a promover la salud bucodental de su hijo. La madre es la principal responsable de la salud bucal del infante.

El problema al que se enfrenta la sociedad hoy en día, es que las madres no concientizan sobre los problemas que pueden desencadenarse a causa de la caries, y muchas de ellas consideran un gasto innecesario el llevar a sus niños donde el odontólogo con fines preventivos, e incluso estudios científicos revelan que la principal razón por la que las madres restan importancia a las caries en la dentición decidua de sus niños es porque argumentan que son dientes que van a cambiar de todos modos, y desconocen las implicancias que pueden acarrear una infección dental, además de las consecuencias de perder dientes a temprana edad a causa de la caries.⁽⁴⁷⁾ Los dientes temporales guían la erupción de los dientes permanentes, cualquier pérdida a temprana edad, puede afectar la oclusión dentaria. Además, cumplen funciones estéticas, fonéticas, y de masticación en el infante. Una pérdida prematura de los dientes deciduos del sector anterior puede afectar psicológica y emocionalmente al niño, debido a las burlas que se puede encontrar expuesto, así también una pérdida de dientes en el sector posterior puede afectar la masticación y desencadenar en una malnutrición infantil. ⁽⁷⁾

3.2.2.3. Conocimiento de la Fisiología dentaria:

3.2.2.3.1. Tipos de dentición:

Durante el transcurso de la vida se presentan dos denticiones: la temporal y permanente. ⁽⁵⁹⁾

- **Dentición Temporal:** También llamada dentición decidua o primaria. Empiezan su formación desde el periodo de gestación, y erupcionan aproximadamente a los 6 meses de edad y se completa a los 24 meses, siendo los incisivos centrales inferiores, los primeros en erupcionar, y las segundas molares superiores, las últimas en hacerlo. Está conformado por 20 dientes: 10 en la arcada superior y 10 en la arcada inferior. En esta dentición no están presentes premolares ni terceras molares. Son los encargados de guiar la erupción de la dentición permanente.
- **Dentición Permanente:** También llamada dentición secundaria. Empiezan su formación desde el nacimiento y erupcionan a partir de los 6 años de edad, normalmente las primeras piezas en erupcionar son los incisivos centrales inferiores y las primeras molares superiores e inferiores; la diferencia radica en que los incisivos permanentes erupcionan reemplazando a los deciduos, en cambio, las primeras molares permanentes erupcionan por detrás de las segundas molares deciduas, sin reemplazar ningún diente.

3.2.2.3.2. Cronología de erupción primaria: ⁽⁵⁹⁾

	Dientes superiores		Dientes inferiores		
	Comienza su formación	su Erupción	Comienza su formación	su Erupción	
Incisivos Centrales	13-16 V.I.U. semanas	8-12 meses	13-16 V.I.U. semanas	6-10 meses	
Incisivos Laterales	14-16 ^{1/2} V.I.U. semanas	9-13 meses	14-16 V.I.U. semanas	10-16 meses	
Caninos	15-18 V.I.U. semanas	16-22 meses	16-18 V.I.U. semanas	17-23 meses	
Primera molar	14 ^{1/2} -17 V.I.U. semanas	13-19 meses (niño) y 14-18 meses (niña)	14 ^{1/2} -17 V.I.U. semanas	14-18 meses	
Segunda molar	16-23 ^{1/2} V.I.U. semanas	25-33 meses	17-19 ^{1/2} V.I.U. semanas	23-31 meses (niño) y 24-30 meses (niña)	

V.I.U: vida intrauterina

3.2.3. Actitud:

3.2.3.1. Las actitudes y el comportamiento:

Ander- Egg nos define actitud como “una predisposición de la persona a actuar de una determina forma ante las diversas situaciones o circunstancias que se le pueden presentar durante el transcurso de su vida, esta predispoción el sujeto la adquiere en base a experiencias vividas y está sujeto a modificaciones”. Además, manifiesta la importancia de saber diferenciar entre actitud y opinión; definiendo a la opinión como una postura mental establecida y consciente relacionado a algo o alguien, que no implica predisposición a actuar de un determinado modo. ⁽⁶⁰⁾

Fishbein y Ajzen, definieron a la actitud como “una predisposición aprendida con el objetivo de responder de modo consciente de una manera positiva o negativa ante una persona, objeto o representación”. ⁽⁶¹⁾

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento de una persona; es por ello que si deseamos modificar un comportamiento sobre algo o alguien debemos empezar por modificar la actitud que se tenga frente a ello. Papua, en el año 1979, señaló que “las actitudes solo son un indicador de la conducta humana, pero no representa la conducta en sí, es por ello que las actitudes deben interpretarse como síntomas, no como hechos”. ⁽¹⁰⁾

3.2.3.2. Factores que influyen en las conductas de salud:

En la actualidad las personas reciben diariamente múltiple información de varias fuentes, así tenemos, por ejemplo: los medios de comunicación, el ambiente laboral, los servicios de salud, entre otros; y es por ello que la persona responde a esto de acuerdo a sus intereses seleccionando la información que desea escuchar y aprender, e ignorando la información que no le interese. El modelo de conocimiento-acción, señala que el individuo debe recibir primero una información que considere de interés, para posteriormente interpretarla (para ello hará uso de su experiencia,

creencias y valores); y así en base a ello finalmente adoptar una conducta determinada. ⁽¹⁸⁾

En resumen, los conocimientos y actitudes influyen en la conducta que tome la persona; así tenemos que, por lo general, un cambio en el nivel de conocimiento o en la actitud, precede a un cambio de conducta.

3.2.4. El Rol del Pediatra sobre la salud bucal de los infantes:

El pediatra cumple un rol fundamental en la promoción y prevención de la salud bucal de los niños durante su primer año de vida, esto se atribuye a que es el primer profesional de la salud en establecer un contacto con la madre y el niño, cuando acuden a consulta para sus controles; además por lo general la madre acepta y sigue sus recomendaciones con exactitud. Es por ello que es importante que el pediatra presente conocimientos actualizados además de una actitud favorable respecto a este tema, para poder así transmitir sus conocimientos a las madres de los infantes y además realizar la oportuna interconsulta con el odontólogo. ⁽⁶²⁾

Estudios científicos revelan que las madres que han sido instruidas en una primera intención por el pediatra y reforzadas por el odontólogo, han presentado mejores hábitos de higiene y nutricionales respecto a su hijo, y como consecuencia el niño ha presentado un bajo índice de caries dental. Sin embargo, la realidad de nuestra sociedad es distinta, debido a que los pediatras no cuentan con un nivel de conocimiento óptimo, y en muchos casos la actitud tampoco es la debida. Y esto constituye un factor de riesgo importante para la Caries de Infancia Temprana, debido a que las madres por falta de información presentan hábitos incorrectos, además no acuden de forma oportuna con sus hijos donde el odontólogo, y para cuando lo hacen, ya está instaurada la enfermedad. ⁽⁶¹⁾

CONTRERAS; VALDIVIESO y col. ⁽¹²⁾, en el 2008, realizaron un estudio para evaluar los conocimientos y prácticas que presentaban los profesionales de la Salud de la DIRESA Lima-Este, respecto a la prevención en salud bucal en el infante. Los

resultados fueron poco alentadores, debido a que el nivel de conocimiento de los pediatras no era bueno; ya que sólo el 22,9% presentaba un nivel de conocimiento adecuado. Además, solo el 51,4% de los pediatras presentaban prácticas adecuadas de las medidas preventivas en salud bucal.

HOPE y ZAROR ⁽⁴⁾, en el 2013, realizaron un estudio en un Congreso Chileno de Pediatría, y encontraron que la mayoría de pediatras (66,87%) nunca había recibido instrucción sobre promoción y prevención en salud bucal, durante su formación como especialistas.

Respecto a las actitudes de los profesionales de la salud, SALDARRIAGA, en el año 2002, realizó una investigación donde encontró que los médicos, por lo general, no derivan ni a las madres gestantes ni a los infantes donde el odontólogo, a pesar de considerarlos pacientes de alto riesgo a sufrir enfermedades bucodentales. La razón del porqué no hace la derivación es controversial, ya que algunos atribuyen a que esto es por falta de tiempo, sin embargo, otros lo relacionan más con un desconocimiento del tema, o porque consideran que esa no es su función. ⁽⁸⁾

Algunos autores consideran que sería ideal si el pediatra pudiera tomarse unos minutos dentro de su consulta para la evaluación de la cavidad oral de sus pacientes, y poder realizar algunas indicaciones, incluyendo la interconsulta con el odontólogo. Sin embargo, muchos pediatras manifiestan no hacerlo por el corto tiempo que se le asigna a cada consulta en los seguros de salud, debido a la alta demanda.

3.2.4.1. Promoviendo el rol del pediatra en la Salud Bucal:

En el 2003, la Academia Americana de Pediatría (AAP) difundió 2 guías enfatizando en la tarea que debe desempeñar el pediatra en busca de promover la salud bucal infantil. Estas guías fueron: “Guía para el profesional de la salud sobre el manejo oral pediátrico” ⁽⁶³⁾ y “Guía de medición del riesgo de salud oral”.⁽⁶⁴⁾ Ambas guías recomendaban que los profesionales de la salud involucrados con el bienestar del niño, incluyendo al pediatra, deben contar con conocimientos óptimos y actualizados referente a salud bucal, para así poder realizar una evaluación y cuantificación del

riesgo de sus pacientes niños a partir de los 6 meses de edad; y sugieren que se realice una revisión de la cavidad bucal en los controles del programa de Crecimiento y Desarrollo del infante. ⁽¹⁰⁾

3.2.4.2. Educando a los pediatras en temas de Salud Bucal:

Los pediatras pueden ser un pilar fundamental en busca de mejorar la salud bucal de los niños, por ello es necesario, que el pediatra conozca los procesos involucrados en las principales enfermedades bucales que afectan al infante, principalmente la CIT, es así que debe tener conocimiento sobre sus factores de riesgo, hábitos nocivos, signos y síntomas, métodos de prevención e implicancias de la enfermedad. Estos conocimientos deben ser adquiridos durante su formación profesional en el pregrado y debe consolidarse durante su formación como especialista. ⁽¹⁰⁾

DAVID y KROL ⁽⁶⁵⁾, realizaron una investigación para determinar cuánto contenido referente a temas de Salud Bucal forman parte del currículo en la formación profesional de los pediatras en EE.UU. Formaron parte de la revisión las guías médicas actualizadas, publicaciones científicas, y sitios web de las distintas universidades del país. Se llegó a la conclusión que este tema no se aborda mucho en los distintos niveles de la profesión (pregrado y postgrado), y ello repercute en que los conocimientos de los pediatras respecto a Salud Bucal sean inadecuados, con la consecuente falta de capacidad para ejercer un papel importante en la promoción y prevención de la salud bucal del infante. ⁽⁶⁵⁾

De otro lado, la Sociedad Colombiana de Pediatría, dio a conocer que el 75% de los pediatras del país manifiestan no haber sido instruidos de forma correcta, respecto al cuidado de la salud bucal en infantes, durante su formación profesional. ⁽¹⁰⁾

Uno de los principales problemas por el que no se imparte temas de Salud Bucal como parte del currículo en la formación profesional de los médicos, es el tiempo, debido a que tratar de introducir o ampliar estos temas en el plan curricular ya establecido no es tarea sencilla, porque abordarlos implicaría reducir el tiempo de

otros temas que el docente a cargo considera más prioritarios. Por ello se debe buscar la forma de incorporar estos temas en las distintas universidades y además los médicos deberían realizar una rotación por el área de Odontoestomatología durante su internado hospitalario. ⁽¹⁰⁾

3.2.5. El Rol de la Madre sobre la salud bucal de los infantes:

La familia cumple un rol fundamental en la adquisición de hábitos saludables por parte del infante; recordemos que, durante la infancia, los padres, hermanos o persona a cargo del niño constituyen un modelo a seguir, y por ello es importante que cuenten con un nivel de conocimiento adecuado para que puedan ejercer las acciones necesarias a fin de promover la salud bucal del niño. La promoción de la salud, tanto bucal como general, debe empezar desde temprana edad y en el seno de la familia. La madre, por lo general, es la persona que más tiempo pasa con el niño durante su infancia, y es sobre ella que recae la mayor responsabilidad de promover hábitos adecuados que el niño irá incorporando progresivamente, además de ejercer acciones de vigilancia buscando controlar los factores de riesgo involucrados. ⁽⁶⁶⁾

La familia es el núcleo que guía al niño en sus primeros pasos en busca de incorporar valores, actitudes y hábitos, que servirán como pilares para su desarrollo personal. El bebé es como un pizarrón en blanco, totalmente desinformado, es por ello que el niño será reflejo de lo que la familia le haya transmitido. Es por ello que todo programa educativo en salud bucal debe involucrar a la familia (específicamente a la madre o persona a cargo del niño), si se desea tener éxito. ⁽⁶⁶⁾

Algunos autores señalan que uno de los factores más importantes para promover la salud bucal y general del infante es la instrucción y actitud que tenga la madre sobre hábitos saludables, ya que así de ese modo estará en la capacidad de poder transmitírselo de una forma correcta a su hijo. El problema radica en que muchas veces las madres son el reflejo de la educación que recibieron, con conceptos o

hábitos inadecuados para la época en la que vivimos, y esto conlleva a que el infante no cuente con las medidas de prevención correctas.

La falta de conocimiento de las madres respecto a salud bucal en la infancia, conlleva a que muchas veces tengan el concepto errado de que la caries no afecta a los dientes deciduos, y si así fuera, no debe ser motivo de preocupación, ya que son dientes que van a cambiar; así que tratarlos representaría un gasto innecesario. Muchas madres desconocen la importancia de la prevención como medio para promover la salud bucal, y no se dan cuenta de todo el dinero que ahorrarían si se dedicaran a prevenir en vez de curar cuando se presenta la enfermedad. ⁽⁶⁶⁾ Hoy en día se ve a las madres acudir al dentista con su hijo por primera vez cuando hay una sintomatología de dolor o cuando ya se presentan varias lesiones cariosas cavitadas, y en estos casos resulta en un mayor problema tanto para el niño como para el odontólogo. Incluso varias madres desestiman cualquier problema que puede aparecer en la dentición decidua de su hijo; y recién empiezan a tomarle importancia a los dientes del niño, cuando se produce el recambio dentario alrededor de los 7 años de edad; sin embargo, no se dan cuenta de las múltiples funciones que cumplen los dientes deciduos y los diversos problemas que conllevaría una pérdida prematura de ellos. ⁽⁶⁶⁾

La forma más idónea para promover la salud bucal en los infantes, es incorporándoles buenos hábitos de higiene y nutricionales, y para ello es necesario un trabajo en conjunto con todo el entorno que rodea al niño. Es necesario resaltar que “salud bucal” no solo significa boca y dientes sanos, sino es parte integral de la salud general de la persona, y por ello es importante promoverla en todos los ámbitos de la salud, ya que un problema a nivel bucal repercutirá en otros sistemas; así tenemos por ejemplo que se ha asociado la desnutrición infantil con la Caries de Infancia Temprana.

El nivel socioeconómico puede convertirse en un factor de riesgo importante, ya que los niños que crecen en una familia de recursos muy escasos, muchas veces no tienen acceso a servicios de salud, o no cuentan con los medios necesarios para

realizar una correcta higiene bucal, además de padecer desnutrición infantil. Es por ello que es necesario que el Estado sea partícipe en esta tarea de reducir la prevalencia de CIT, y por ende debe elaborar programas de reforma sanitaria que se centre en estrategias de promoción y prevención para los sectores más necesitados. (66)

CABELLOS D. (67), en el 2006, realizó una investigación con el objetivo de analizar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres respecto a salud bucal y la higiene bucal de sus hijos, y encontró que existía una relación directa, ya que a mayor nivel de conocimiento se evidenciaba una mejor higiene bucal en sus hijos.

En resumen, la madre es la principal responsable de la salud bucal del infante, por ello puede convertirse en un factor de riesgo de la salud bucal de su hijo, en caso no cuente con los conocimientos necesarios respecto a promoción y prevención en salud bucal. Los conocimientos son importantes, pero deben ir acompañados de una actitud favorable que ayude a promover la salud bucodental de su hijo. Los hábitos de higiene bucal y nutricionales, son los factores más importantes en los que se debe intervenir desde temprana edad, ya que constituirán la base de hábitos posteriores. Debido a que en la actualidad los medios de comunicación difunden poco este tipo de información, se vuelve imprescindible que el Sistema de Salud implante programas de promoción y prevención de salud bucal en todos los sectores socioeconómicos, haciendo mayor énfasis en las poblaciones de mayor riesgo. (68)

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **SALUD BUCAL:** es el equilibrio de todos los procesos que intervienen en la cavidad bucal y que se encuentran en perfecta armonía con los factores determinantes de la enfermedad.
- **NIVEL DE CONOCIMIENTO:** es la estimación del aprendizaje adquirido basado en una escala.
- **ACTITUD:** es una tendencia o predisposición psicológica, adquirida a través de la propia experiencia del individuo, que lo incita actuar de un modo determinado frente a diversas personas o situaciones de la vida. ⁽⁶¹⁾
- **INFLUENCIA:** es un proceso psicológico-social en el que el individuo tiene la habilidad de ejercer un poder sobre alguien para conseguir que actúe de acuerdo a lo esperado.
- **PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL:** son acciones orientadas a reducir la probabilidad de desarrollar enfermedades bucodentales.
- **PROMOCIÓN EN SALUD BUCAL:** es un proceso de capacitación a la población que busca modificar o reforzar comportamientos positivos con el objetivo de mantener la salud bucal y promover un estilo de vida saludable.
- **CARIES DE INFANCIA TEMPRANA:** es la presencia de una o más lesiones cariosas cavitadas o no cavitadas, dientes perdidos u obturados por caries, en el transcurso de los 3 primeros años de vida.
- **FACTORES DE RIESGO:** Es cualquier rasgo, característica o exposición del individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

- **HÁBITOS:** Son las formas de comportamiento adquiridas por medio del aprendizaje o de la experiencia y que se repiten de forma regular, de modo sistemático.
- **PREVALENCIA:** Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento o enfermedad, en un momento determinado.

3.4. HIPÓTESIS

Existe relación entre los conocimientos y actitudes de los pediatras con el de las madres respecto a la prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad; en el HONADOMANI San Bartolomé- MINSA, en el 2018.

3.5. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍAS
Nivel de conocimiento del pediatra sobre prevención en salud bucal en infantes de 0 a 36 meses	Aprendizaje adquirido por el pediatra a través del tiempo sobre prevención en salud bucal en el infante.	Escala de Estaninos	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo (0-4) - Regular (5-6) - Bueno (7-8)
Actitud del pediatra sobre prevención en salud bucal en infantes de 0 a 36 meses	Disposición del pediatra sobre prevención en salud bucal en el infante.	Escala de Lickert	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Negativa (0-30) - Indiferente (31-35) - Positiva (36-40)
Tiempo de ejercicio profesional	Tiempo que labora como pediatra.	Años de práctica	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - Menor a 6 años - De 6 a más años
Universidad donde realizó su especialidad	Lugar o institución donde realizó estudios profesionales especializados.	Centro superior de estudios	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Pública - Privada
Autoevaluación del conocimiento del pediatra sobre prevención en salud bucal en infantes de 0 a 36 meses	Es el grado de valoración del pediatra respecto a los conocimientos que posee.	Pregunta adicional 1 del cuestionario de los pediatras.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente - Malo - Regular - Bueno - Excelente
Nivel de conocimiento de la madre sobre prevención en salud bucal en infantes de 0 a 36 meses	Aprendizaje adquirido por la madre a través del tiempo sobre prevención en salud bucal en el infante.	Escala de Estaninos	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo (0-5) - Regular (6-8) - Bueno (9-10)

Actitud de la madre sobre prevención en salud bucal en infantes de 0 a 36 meses	Disposición de la madre sobre prevención en salud bucal en el infante.	Escala de Lickert	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Negativa (0-12) - Indiferente (13-15) - Positiva (16-18)
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Cantidad de años vividos.	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - De 18-20 años - De 21-30 años - De 31 a más
Grado de instrucción	Nivel educativo alcanzado estimado en una escala.	Años de estudio realizados	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Superior Universitaria - Superior Técnico
Número de hijos	Cantidad de embarazos que llegaron a viabilidad fetal.	N° de hijos nacidos vivos	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - 1 hijo - 2 hijos - 3 o más hijos
Autoevaluación del conocimiento de la madre sobre prevención en salud bucal en infantes de 0 a 36 meses	Es el grado de valoración de la madre respecto a los conocimientos que posee.	Pregunta adicional 1 del cuestionario de las madres.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente - Malo - Regular - Bueno - Excelente

IV. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Según la interferencia del investigador en el estudio:
ANALÍTICO: porque analiza la relación entre las variables estudiadas
- Según el periodo y secuencia con la que se capta la información:
TRANSVERSAL: Estudia la variable en un momento dado.

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé en el año 2018.

4.2. POBLACION Y MUESTRA

4.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 30 pediatras que laboran en los distintos servicios del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé y que cumplían con los criterios de inclusión.

La población estuvo conformada por 1350 madres de niños de 0 a 36 meses de edad, que acuden en promedio por mes al servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED) en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. (**Fuente:** Oficina de estadística del HONADOMANI)

4.2.2. MUESTRA

Debido a que nuestra población de pediatras no fue muy numerosa, se tomó como muestra a toda la población de pediatras, es decir a los 30 pediatras que laboran

en los distintos servicios del Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé.

Siendo la población total de niños atendidos, aproximadamente de 1350 niños por mes, se aplicó la fórmula para la determinación del tamaño muestral en poblaciones finitas:

$$n_1 = \frac{z^2 pq}{e^2} = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,1)^2} = 96,04$$

$$n = \frac{n_1}{1 + \frac{n_1}{N}} = \frac{96,04}{1 + \frac{96,04}{1350}} = 89,67$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

N= Población total

Z= 1,96(a un nivel de confianza del 95%)

e= 0,1 (error máximo permisible)

p= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse, aplicar la opción más desfavorable (p=0,5).

q= 1-p

El tipo de muestreo fue probabilístico, de forma aleatoria; y el tamaño mínimo de la muestra cómo se puede observar en la fórmula, es de 90 madres. Basándonos en este valor obtenido, se consideró tomar un número superior, es así que se evaluaron un total de 121 madres de niños de 0 a 36 meses de edad que acuden al servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé durante el mes de diciembre del 2018.

Los pediatras fueron agrupados de acuerdo a las siguientes características:

De acuerdo al tiempo de ejercicio profesional:

- Grupo de pediatras de 0 a 5 años de ejercicio profesional.
- Grupo de pediatras de 6 a más años de ejercicio profesional.

De acuerdo a la universidad donde realizaron su especialidad:

- Grupo de pediatras que realizaron su especialidad en una universidad pública.
- Grupo de pediatras que realizaron su especialidad en una universidad privada.

Las madres fueron agrupadas según su edad, nivel de instrucción y número de hijos:

De acuerdo a la edad:

- Grupo de madres cuya edad está en el rango de 18 a 20 años.
- Grupo de madres cuya edad está en el rango de 21 a 30 años.
- Grupo de madres cuya edad está en el rango de 31 a más.

De acuerdo al grado de instrucción:

- Grupo de madres que estudiaron solo primaria
- Grupo de madres que estudiaron hasta secundaria.
- Grupo de madres que tuvieron formación superior (técnico)
- Grupo de madres que tuvieron formación superior (universidad).

De acuerdo al número de hijos:

- Grupo de madres que tienen sólo un hijo.
- Grupo de madres que tienen dos hijos.
- Grupo de madres que tienen tres hijos o más.

4.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres de niños/as de 0 a 36 meses de edad que acudan al servicio de CRED del hospital San Bartolomé-MINSA; y que hayan recibido información relacionada con Prevención en salud bucal por parte del pediatra en los últimos meses.
- Madres que tengan la mayoría de edad (18 o más).
- Madres lúcidas al momento de la encuesta.
- Madres que den su consentimiento
- Pediatras que transmitan sus conocimientos a las madres respecto a prevención en salud bucal en la primera infancia.
- Pediatras que den su consentimiento.

4.2.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres con condiciones especiales que le imposibiliten dar información.
- Madres analfabetas
- Madres, cuyo hijo/a padezca alteraciones como labio leporino y/o paladar hendido.
- Madres odontólogas

4.3. PROCEDIMIENTO Y TECNICAS

Con fines de determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los pediatras y las madres respecto a prevención en salud bucal, y tomando como base investigaciones previas, se usaron dos cuestionarios ya previamente validados (Anexo 2 y 3). El cuestionario que se usó para los pediatras ^(13, 20), fue validado mediante juicio de expertos, posteriormente se evaluó la concordancia de jueces mediante el Coeficiente de Kruder-Richardson, obteniendo un r_{kk} de 0,6(Grado de concordancia bueno); y finalmente la confiabilidad del instrumento mediante la

prueba Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,7. El cuestionario que se usó para las madres ⁽¹⁹⁾, de forma similar, fue validado mediante juicio de expertos, y su confiabilidad se determinó mediante la prueba Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,76 para conocimientos y 0,8 para actitudes sobre salud bucal. El estudio se llevó a cabo en el Hospital San Bartolomé, durante el mes de diciembre del 2018, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, además se les explicó a los pediatras y a las madres participantes, los objetivos de la presente investigación y se obtuvo el permiso respectivo mediante la firma del consentimiento informado. (Anexo 1)

El cuestionario fue estructurado de la siguiente manera:⁽¹³⁾

1ª parte: Datos generales, los cuales fueron utilizados para agrupar la muestra de pediatras y madres de acuerdo a sus características.

2ª parte: Preguntas referidas a conocimientos sobre prevención en salud bucal en la primera infancia, constó de 8 preguntas de opción múltiple en el caso de los pediatras; y de 10 preguntas en el caso de las madres. Las respuestas correctas fueron consideradas con una puntuación de 1; y las incorrectas con 0 puntos.

Se agrupó el puntaje en 3 categorías basándose en la Escala de Estaninos (Anexo 4), así tenemos:

- 1ª categoría (nivel de conocimiento bajo)
- 2ª categoría (nivel de conocimiento regular)
- 3ª categoría (nivel de conocimiento bueno)

3ª parte: Preguntas referidas a las actitudes que tienen respecto a la prevención en salud bucal en la primera infancia, constó de 8 enunciados para el pediatra y 9 enunciados para la madre. Cada enunciado con cinco alternativas de respuesta (en el caso de los pediatras), y tres alternativas (en el caso de las madres):

Las alternativas de respuesta para los enunciados fueron construidas en base a la escala de Lickert, es así que la valoración se realizó teniendo en cuenta si son enunciados favorables o desfavorables, de la siguiente manera: ⁽¹³⁾.

Para los pediatras:

Alternativa	Enunciado	
	Favorable	Desfavorable
M.A (Muy de acuerdo)	5	1
A (De acuerdo)	4	2
I (Indiferente)	3	3
D (En desacuerdo)	2	4
M.D (Muy en desacuerdo)	1	5

Para las madres:

Alternativa	Enunciado	
	Favorable	Desfavorable
De acuerdo	2	0
No se	1	1
Desacuerdo	0	2

*Adicionalmente, se preguntó a los pediatras y madres como califican su conocimiento sobre prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses.

4.3.1 Recolección de Muestra:

La recolección de la muestra se realizó por intermedio de dos cuestionarios (A y B), uno para el pediatra (A) y otro para la madre (B), previamente validados. Se le entregó un cuestionario (A) a cada uno de los pediatras que laboran en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el 2018, y que cumplían con los

criterios de inclusión. Para la entrega de cuestionarios (B) a las madres, se acudió por un mes entero al servicio de CRED (Crecimiento y Desarrollo del niño), ya que los niños siguen sus primeros controles en este servicio, y se entregó un cuestionario (B) a cada madre, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Finalmente, se recogió todos los cuestionarios que habían sido entregados y se continuó con el proceso hasta alcanzar el tamaño muestral.

4.4. PROCESAMIENTO DE DATOS:

El procesamiento y análisis estadístico de la información, se realizó en una laptop Intel Core i5 mediante el programa Microsoft Excel 2016 y el Programa Estadístico SPSS (Versión 25,0). Se realizó una base de datos, además de tablas de frecuencia y tablas de contingencia, todo fue trabajado a un nivel de significancia del 5%. Se utilizaron diversas pruebas (Chi cuadrado, Rho de Spearman, U de Mann-Whitney) con el objetivo de comprobar la relación entre las variables estudiadas.

V. RESULTADOS:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

Se encontró que las características sociodemográficas de las madres que más predominaban eran: a) el grupo de 21 a 30 años (47,1%), b) el nivel de secundaria como grado de instrucción (37,2%), y c) madres con dos hijos (41,3%) y un hijo (40,5%). (Tabla 1, Figura 1, 2 y 3)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

	n	%
Grupos de Edad (años)		
18 a 20	15	12,4
21 a 30	57	47,1
31 a más	49	40,5
Grado de Instrucción		
Primaria	8	6,6
Secundaria	45	37,2
Universidad	31	25,6
Técnico	31	25,6
No contestaron	6	5,0
Número de hijos		
Uno	49	40,5
Dos	50	41,3
Tres o más	22	18,2
TOTAL	121	100

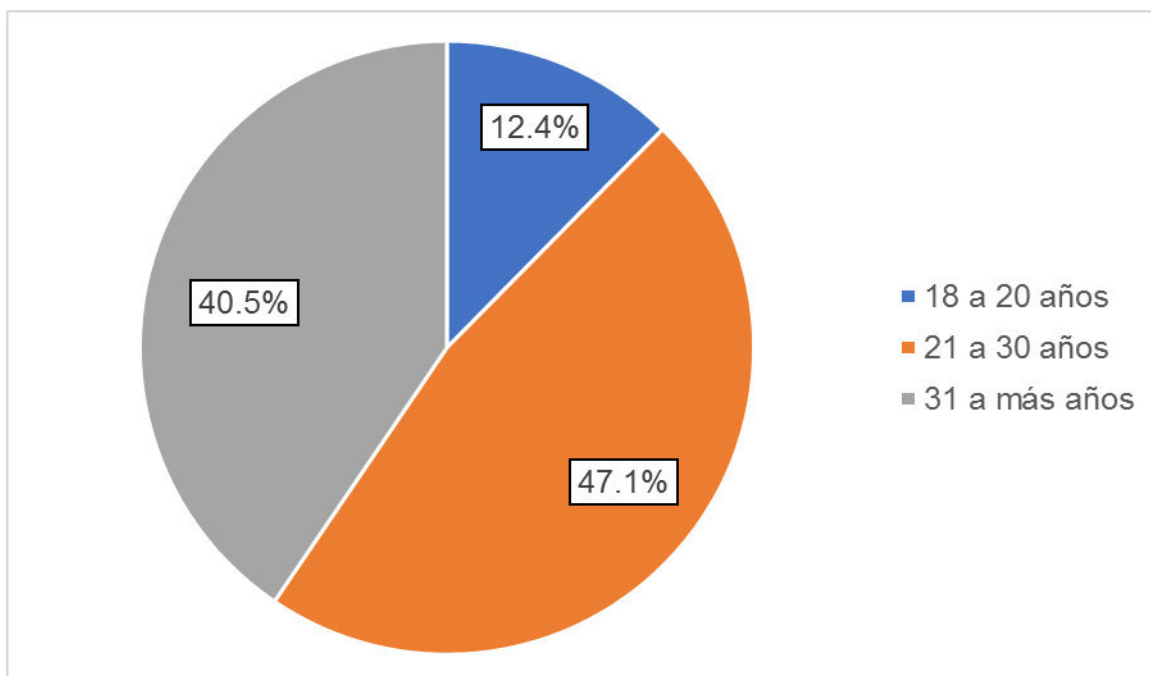


Figura 1. Edad de las madres del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.
(Fuente: Autor de la tesis)

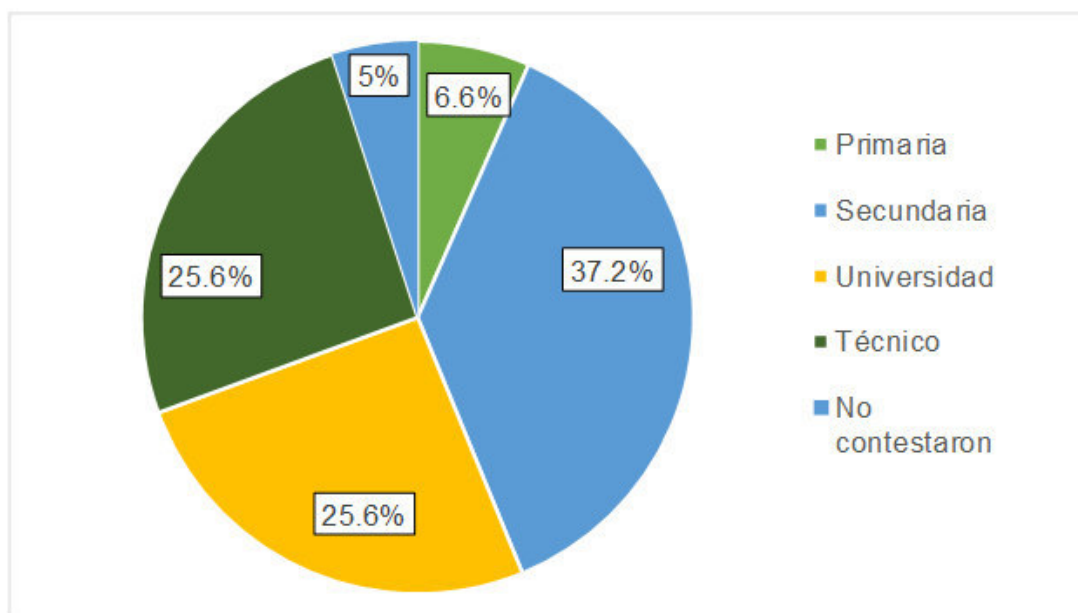


Figura 2. Grado de instrucción de las madres del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018. (Fuente: Autor de la tesis)

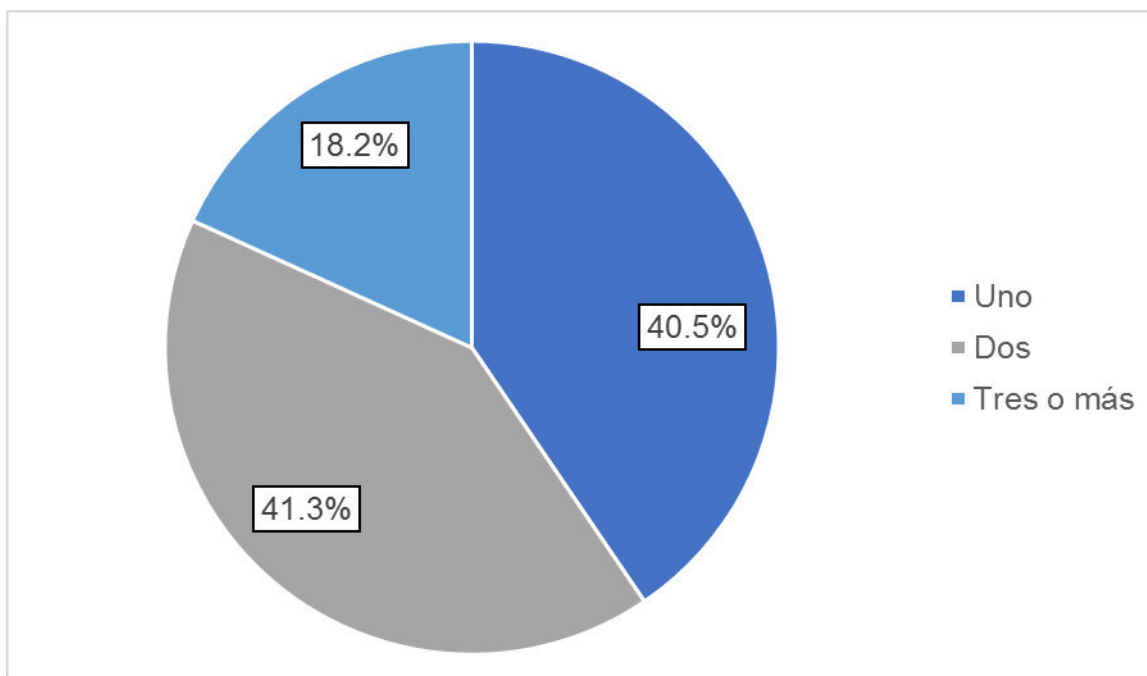


Figura 3. Número de hijos de las madres del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.
(Fuente: Autor de la tesis)

DATOS GENERALES DEL PEDIATRA

- TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL:

Se observa que la mayoría de pediatras (83,3% de los encuestados) que laboran en el Hospital San Bartolomé durante el mes de diciembre del 2018, tienen más de 6 años de ejercicio profesional. (Tabla 2, Figura 4)

Tabla 2. Tiempo del ejercicio profesional de los pediatras del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

	n	%
Menor a 6 años	5	16,7
De 6 a más años	25	83,3
TOTAL	30	100,0

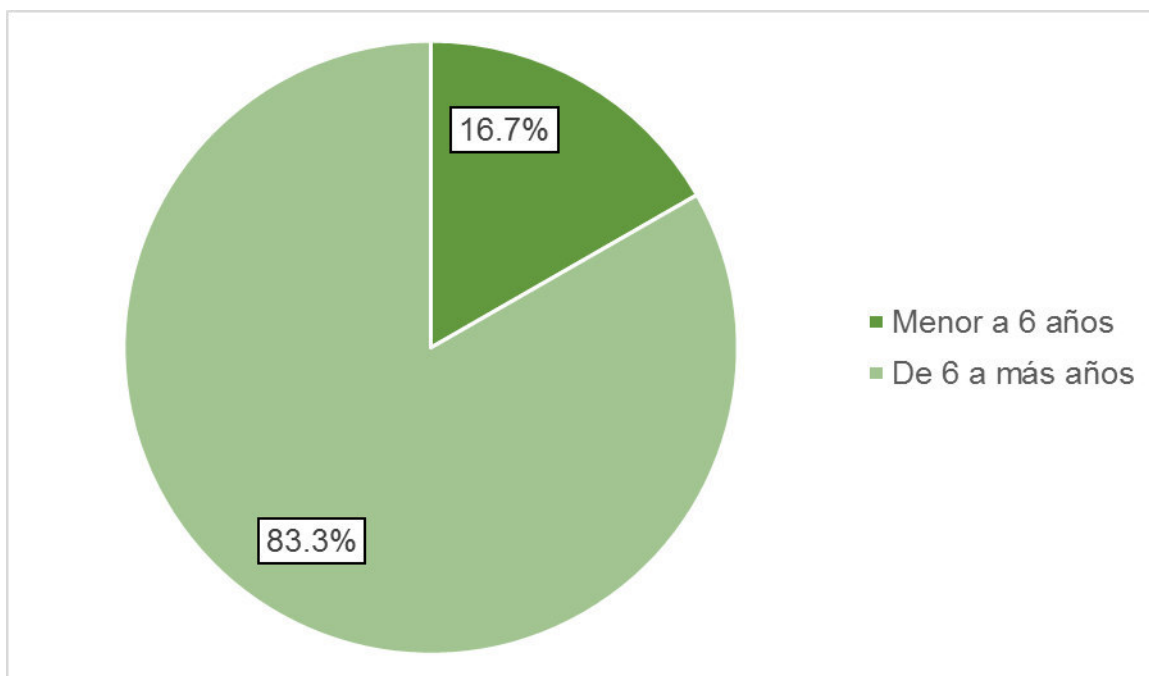


Figura 4. Tiempo de ejercicio profesional de los pediatras (Fuente: Autor de la tesis)

- UNIVERSIDAD DONDE REALIZÓ LA ESPECIALIDAD:

Se observa que la mayoría de pediatras (70% de los encuestados) que laboran en el Hospital San Bartolomé durante el mes de diciembre del 2018, han realizado su especialidad en una universidad pública. (Tabla 3, Figura 5)

Tabla 3. Universidad donde realizaron su especialidad los pediatras del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

	n	%
Pública	21	70,0
Privada	8	26,7
No contestaron	1	3,3
TOTAL	30	100,0

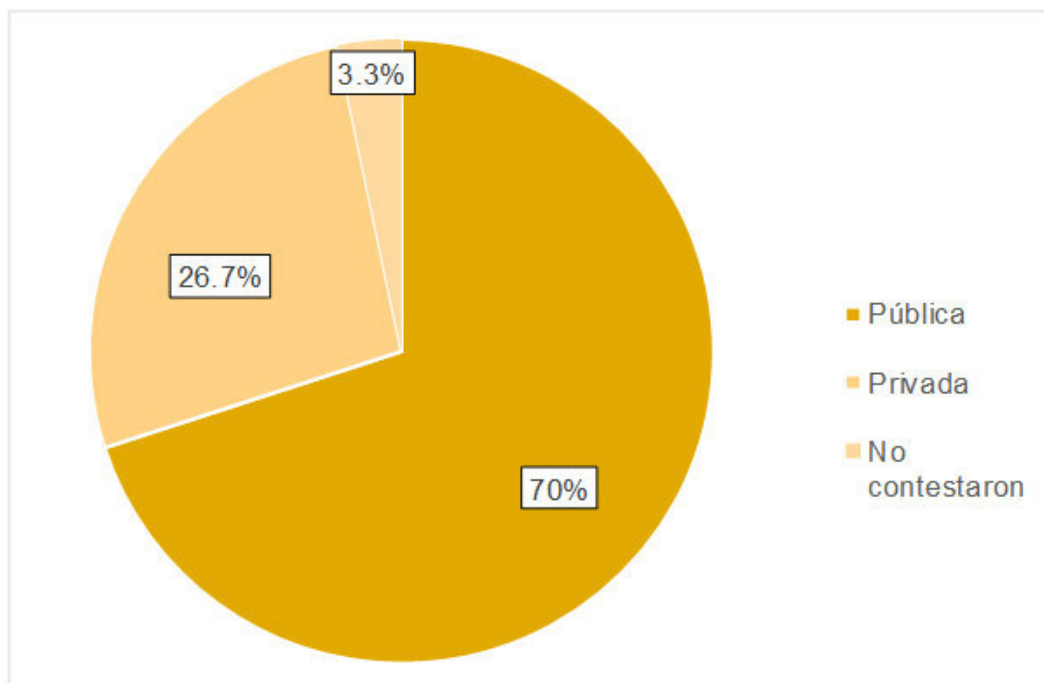


Fig. 5. Universidad donde los pediatras realizaron su especialidad (Fuente: Autor de la tesis)

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS MADRES

Se observa que la mayoría de madres presentan un nivel de conocimiento regular (56,2%) y una actitud indiferente (45,5%) respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad. (Tabla 4, Figura 6 y Figura 7)

Tabla 4. Nivel de conocimiento y actitud de las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

Nivel de	Bajo	Regular	Bueno	TOTAL
Conocimiento	29 (24%)	68 (56,2%)	24 (19,8%)	121 (100%)
Actitud	Negativa	Indiferente	Positiva	TOTAL
	28 (23,1%)	55 (45,5%)	38 (31,4%)	121 (100%)

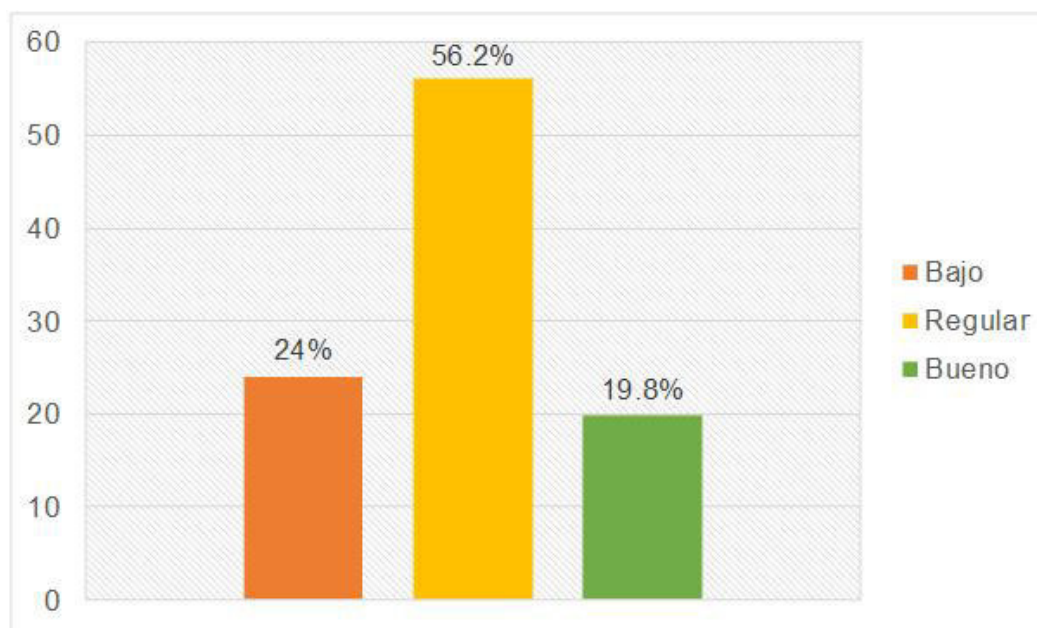


Figura 6. Nivel de conocimiento de las madres del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018. (Fuente: Autor de la tesis)

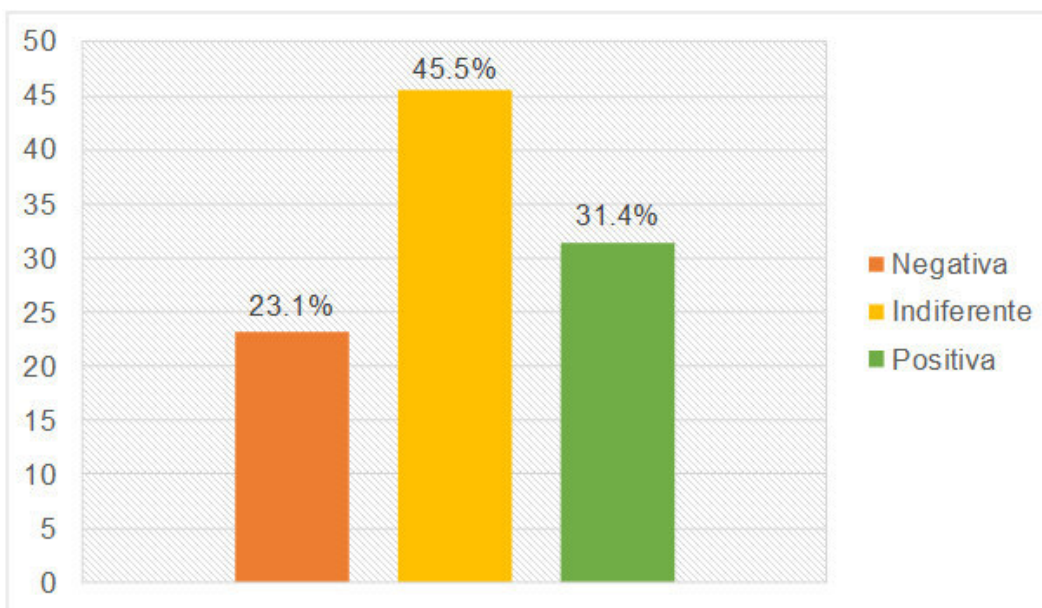


Figura 7. Actitud de las madres del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018. (Fuente: Autor de la tesis)

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PEDIATRAS

Se observa que la mayoría de los pediatras presentan un nivel de conocimiento regular (60%) y una actitud indiferente (43,3%), respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad. (Tabla 5, Figura 7 y Figura 8)

Tabla 5. Nivel de conocimiento y actitud de los pediatras respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

Nivel de Conocimiento	Bajo	Regular	Bueno	TOTAL
	8 (26,7%)	18 (60%)	4 (13,3%)	30 (100%)

Actitud	Negativa	Indiferente	Positiva	TOTAL
	6 (20%)	13 (43,3%)	11 (36,7%)	30 (100%)

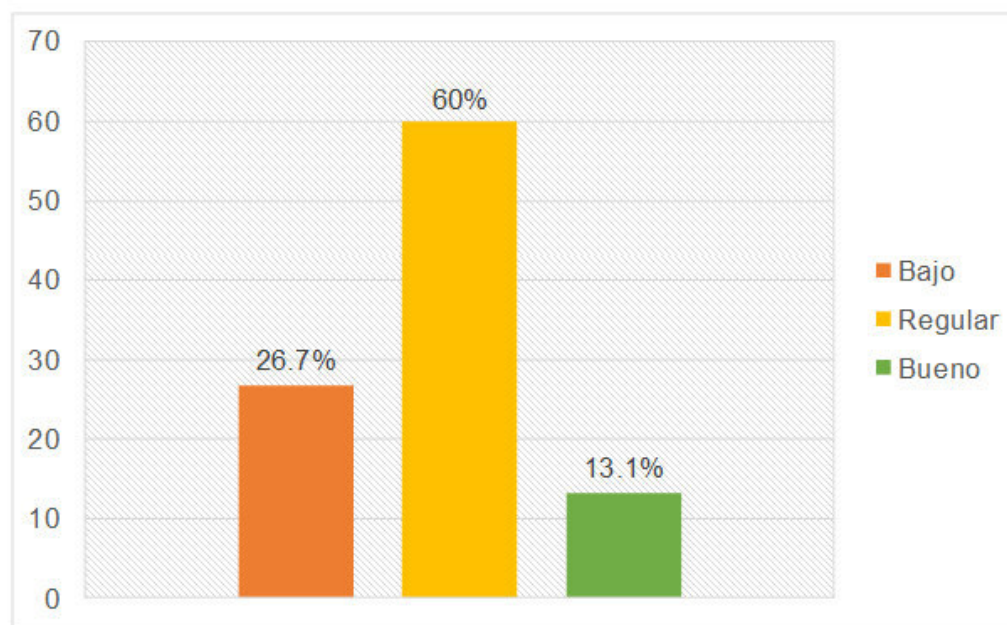


Figura 8. Nivel de conocimiento de los pediatras del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018. (Fuente: Autor de la tesis)

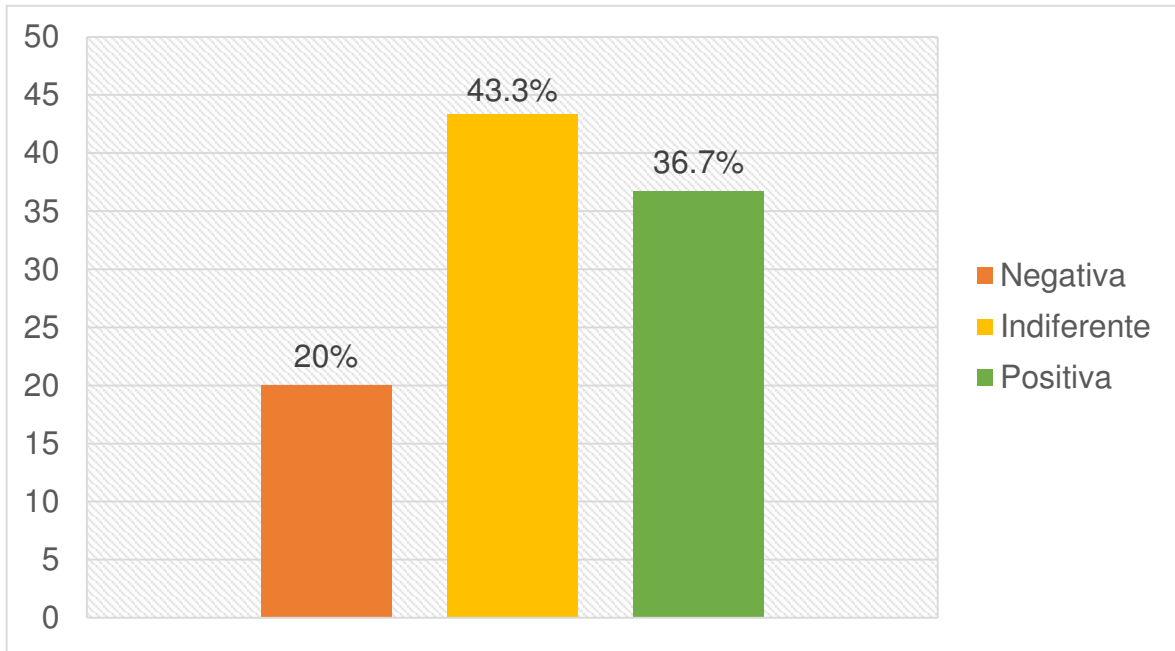


Figura 9. Actitud de los pediatras del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

(Fuente: Autor de la tesis)

NIVEL DE CONOCIMIENTO ASOCIADO A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES

Se puede observar que, al relacionar el nivel de conocimiento con las características sociodemográficas de las madres, se obtuvo que el grupo de 18 a 20 años presentaban un menor nivel de conocimiento en comparación con los otros 2 grupos de mayor edad. Además, el grupo de madres con grado de instrucción primaria presentaban predominantemente un nivel de conocimiento bajo, en cambio los demás grupos presentaban predominantemente un conocimiento regular. Según el número de hijos todas las categorías presentaron mayoritariamente un nivel de conocimiento regular. La prueba Chi Cuadrado indicó que existe asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre nivel de conocimiento y edad de la madre, además entre nivel de conocimiento y grado de instrucción de la madre. (Tabla 6)

Tabla 6. Relación del nivel de conocimiento de las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad según sus características sociodemográficas en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

		Nivel de conocimiento						
		Bajo		Regular		Bueno		
		n	%	n	%	n	%	
Grupos de edad (años)	18 a 20	11	73,33%	4	26,67%	0	0,00%	X²=24,609 p<0,001*
	21 a 30	12	21,05%	33	57,89%	12	21,05%	
	31 a más	6	12,24%	31	63,27%	12	24,49%	
Grado de Instrucción	Primaria	5	62,50%	3	37,50%	0	0,00%	X²=21,197 p=0,002*
	Secundaria	16	35,56%	25	55,56%	4	8,89%	
	Universidad	5	16,13%	18	58,06%	8	25,81%	
	Técnico	2	6,45%	18	58,06%	11	35,48%	
Número de hijos	Uno	18	36,73%	23	46,94%	8	16,33%	X²=9,411 p=0,052*
	Dos	9	18,00%	32	64,00%	9	18,00%	
	Tres o más	2	9,09%	13	59,09%	7	31,82%	

* Prueba de Chi Cuadrado

ACTITUD ASOCIADA A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MADRES

Se puede observar que, al relacionar la actitud, respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses, con las características sociodemográficas de las madres, se obtuvo que el grupo de 18 a 20 años presentaron una menor actitud en comparación con los otros 2 grupos de mayor edad. Además, el grupo de madres con grado de instrucción primaria presentaron predominantemente una actitud negativa, en cambio los demás grupos presentaron predominantemente una actitud

indiferente. Según el número de hijos, las madres que tienen uno y dos hijos presentaron mayoritariamente una actitud indiferente, a diferencia de las madres con 3 hijos o más que tienen predominantemente una actitud positiva. La prueba Chi Cuadrado indicó que no existe asociación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre actitud y características sociodemográficas de las madres. (Tabla 7)

Tabla 7. Relación de la actitud de las madres, respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad, según sus características sociodemográficas en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

		Actitud						
		Negativa		Indiferente		Positiva		
		n	%	n	%	n	%	
Grupos de edad (años)	18 a 20	6	40,00%	6	40,00%	3	20,00%	X²=3,585 p=0,465
	21 a 30	13	22,81%	27	47,37%	17	29,82%	
	31 a más	9	18,37%	22	44,90%	18	36,73%	
Grado de Instrucción	Primaria	5	62,50%	1	12,50%	2	25,00%	X²=10,793 p=0,095
	Secundaria	13	28,89%	18	40,00%	14	31,11%	
	Universidad	4	12,90%	16	51,61%	11	35,48%	
	Técnico	5	16,13%	15	48,39%	11	35,48%	
Número de hijos	Uno	11	22,45%	25	51,02%	13	26,53%	X²=3,729 P=0,444
	Dos	14	28,00%	21	42,00%	15	30,00%	
	Tres o más	3	13,64%	9	40,91%	10	45,45%	

* Prueba de Chi Cuadrado

NIVEL DE CONOCIMIENTO ASOCIADO A TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL Y UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA DEL PEDIATRA

Se puede observar que, al relacionar el nivel de conocimiento con algunas características de los pediatras como tiempo de ejercicio profesional y universidad de procedencia, se obtuvo que, sin importar el tiempo de ejercicio profesional, el nivel de conocimiento predominantemente fue regular. Además, en base a la universidad donde realizó la especialidad, se obtuvo que para ambos casos el nivel de conocimiento predominante fue regular. La prueba Chi Cuadrado indicó que no existe asociación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre nivel de conocimiento con el tiempo de ejercicio profesional y universidad donde realizaron la especialidad los pediatras. (Tabla 8)

Tabla 8. Nivel de conocimiento de los pediatras según sus características, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

		Nivel de Conocimiento						
		Bajo		Regular		Bueno		
		n	%	n	%	n	%	
Tiempo de ejercicio profesional	Menor a 6 años	1	20,00%	4	80,00%	0	0,00%	X²=1,300
	De 6 a más años	7	28,00%	14	56,00%	4	16,00%	p=0,522*
Universidad donde realizó su especialidad	Pública	5	23,81%	12	57,14%	4	19,05%	X²=1,946
	Privada	3	37,50%	5	62,50%	0	0,00%	p=0,378*

* Prueba de Chi Cuadrado

ACTITUD ASOCIADA A TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL Y UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA DEL PEDIATRA

Se puede observar que, al relacionar la actitud, respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses, con algunas características de los pediatras como tiempo de ejercicio profesional y universidad de procedencia, se obtuvo que el grupo de pediatras con 6 años a más de ejercicio profesional presentaban una actitud más favorable en comparación con los de menor tiempo de ejercicio profesional. Además, en base a la universidad donde realizaron la especialidad, sea en pública o privada, los pediatras presentaban predominantemente una actitud indiferente. La prueba Chi Cuadrado indicó que existe asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre actitud y tiempo de ejercicio profesional de los pediatras. (Tabla 9)

Tabla 9. Actitud de los pediatras según sus características, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

		Actitud						
		Negativa		Indiferente		Positiva		
		n	%	n	%	n	%	
Tiempo de ejercicio profesional	Menor a 6 años	3	60,00%	2	40,00%	0	0,00%	X²=7,015
	De 6 a más años	3	12,00%	11	44,00%	11	44,00%	p=0,030*
Universidad donde realizó su especialidad	Pública	4	19,05%	9	42,86%	8	38,10%	X²=0,140
	Privada	2	25,00%	3	37,50%	3	37,50%	p=0,932*

* Prueba de Chi Cuadrado

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES

Se observa en el grupo de madres que presentan un nivel de conocimiento malo que predomina una actitud negativa (14,9%), en las madres con nivel de conocimiento regular predomina una actitud indiferente (30,6%) y en las que presentan un nivel de conocimiento bueno predomina la actitud positiva (12,4%). Se obtiene el coeficiente de correlación de Spearman de 0,538, representando este valor como una relación moderada y con signo positivo que nos dice que, a mayor nivel de conocimiento, mayor actitud. Con un nivel de significancia de $p < 0,05$, se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento y actitud de las madres. (Tabla 10, Figura 10)

Tabla 10. Relación entre nivel de conocimiento y actitud de las madres, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018

		Actitud							
		Negativa		Indiferente		Positiva		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de Conocimiento	Bajo	18	14,9%	11	9,1%	0	0,0%	29	24,0%
	Regular	8	6,6%	37	30,6%	23	19,0%	68	56,2%
	Bueno	2	1,7%	7	5,8%	15	12,4%	24	19,8%
Total		28	23,1%	55	45,5%	38	31,4%	121	100,0%

Correlación de Spearman = 0,538; $p < 0,001$

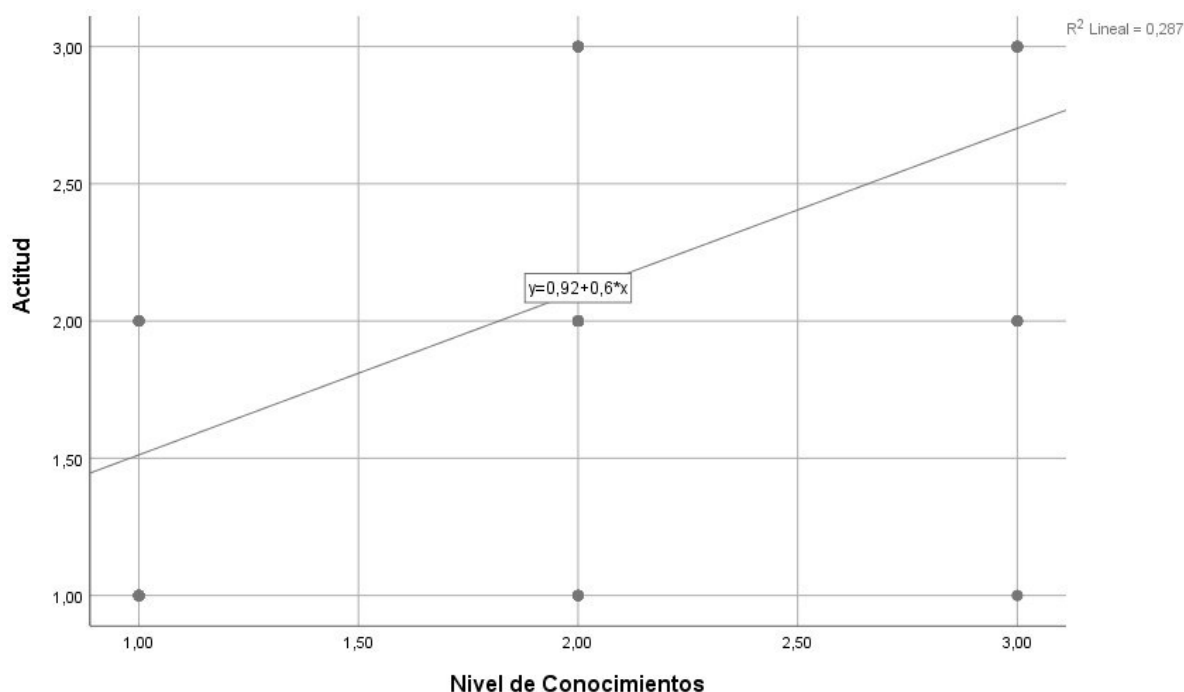


Figura 10. Relación entre nivel de conocimiento y actitud de las madres, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018. (Fuente: Autor de la tesis)

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS PEDIATRAS RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES

Se observa en el grupo de pediatras que presentan un nivel de conocimiento malo que predomina una actitud negativa e indiferente (10%), en los pediatras con nivel de conocimiento regular predomina una actitud indiferente (30%) y en los que presentan un nivel de conocimiento bueno predomina la actitud positiva (10%). Se obtiene el coeficiente de correlación de Spearman de 0,331, representando este valor como una relación débil y con signo positivo. Con un nivel de significancia de $p \geq 0,05$, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento y actitud de los pediatras. (Tabla 11, Figura 11)

Tabla 11. Relación entre nivel de conocimiento y actitud de los pediatras, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

		Actitud							
		Negativa		Indiferente		Positiva		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de Conocimiento	Bajo	3	10,0%	3	10,0%	2	6,7%	8	26,7%
	Regular	3	10,0%	9	30,0%	6	20,0%	18	60,0%
	Bueno	0	0,0%	1	3,3%	3	10,0%	4	13,3%
Total		6	20,0%	13	43,3%	11	36,7%	30	100,0%

Correlación de Spearman = 0,331; **p=0,074**

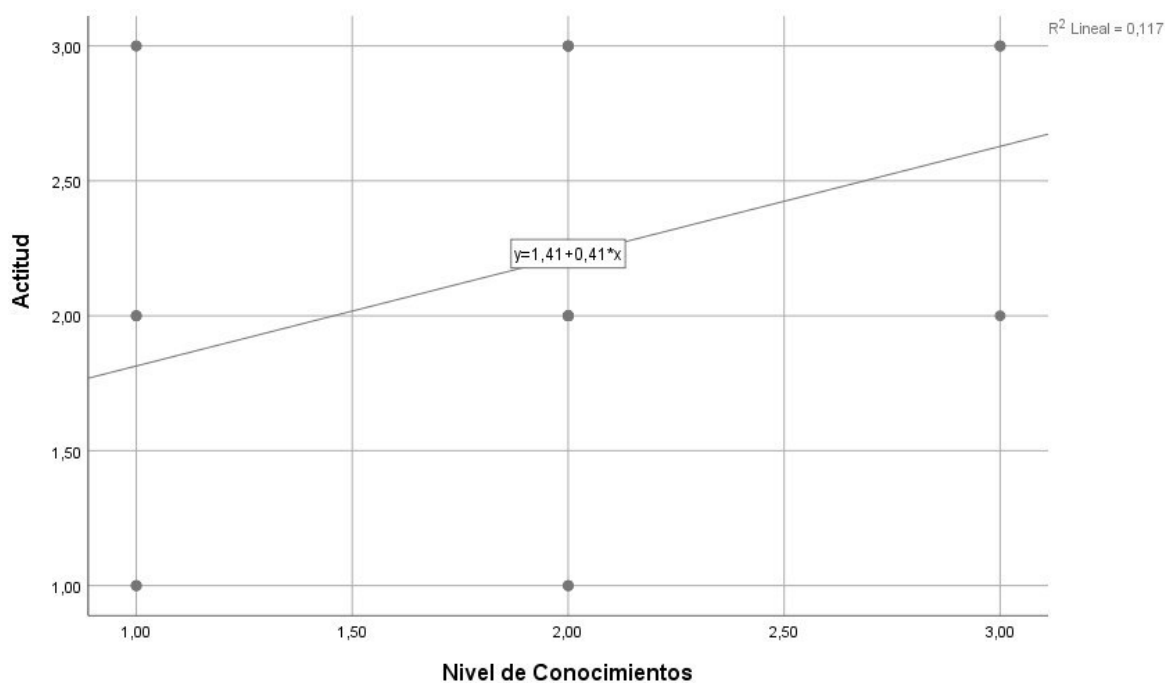


Figura 11. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los pediatras, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

**AUTOEVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LOS PEDIATRAS Y LAS MADRES
RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES**

Se observa que en las madres el grado de autoevaluación de conocimientos que predomina es regular (57%), seguido del bueno (35,5%). En cambio, en los pediatras el grado de autoevaluación predominante es bueno (43,3%) e incluso un 23,3% de la muestra de pediatras consideraron tener excelentes conocimientos respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad. (Tabla 12)

Tabla 12. Autoevaluación de conocimientos en madres y pediatras, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

		Autoevaluación de conocimientos										Total	
		Excelente		Bueno		Regular		Bajo		No contesta			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Pediatria	Madre	3	2,5%	43	35,5%	69	57,0%	4	3,3%	2	1,7%	121	100,0%
	Pediatra	7	23,3%	13	43,3%	9	30,0%	0	0,0%	1	3,3%	30	100,0%
	Total	10	6,6%	56	37,1%	78	51,7%	4	2,6%	3	2,0%	151	100,0%

RELACIÓN ENTRE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LOS PEDIATRAS Y SU NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES

Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, dándonos un valor de 0,076; lo cual representa una relación escasa o nula y con signo positivo. Con un nivel de significancia de $p \geq 0,05$, se concluye no que existe relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento y autoevaluación en los pediatras. (Tabla 13)

Tabla 13. Relación entre la autoevaluación y nivel de conocimiento de los pediatras, respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

Correlaciones				
Rho de Spearman	Autoevaluación de conocimientos	Autoevaluación de conocimientos		
		Nivel de Conocimiento		
	Nivel de Conocimiento	Coeficiente de correlación	1,000	0,076
		Sig. (bilateral)	.	0,695
		n	30	30
		Coeficiente de correlación	0,076	1,000
		Sig. (bilateral)	0,695	.
		n	30	30

RELACIÓN ENTRE LA AUTOEVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES Y SU NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES

Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, dándonos un valor de 0,364; lo cual representa una relación baja y con signo positivo que nos indica que, a mayor nivel de conocimiento, mayor nivel de autoevaluación. Con un nivel de significancia de $p < 0,05$, se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento y autoevaluación en las madres. (Tabla 14)

Tabla 14. Relación entre la autoevaluación y nivel de conocimiento de las madres, respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad, en el HONADOMANI San Bartolomé- MINSA, 2018.

Correlaciones

Rho de Spearman	Autoevaluación de conocimientos		Autoevaluación de conocimientos	Nivel de Conocimiento
			de conocimientos	Nivel de Conocimiento
		Coeficiente de correlación	1,000	0,364**
		Sig. (bilateral)	.	<0,001
		n	119	119
	Nivel de Conocimiento	Coeficiente de correlación	0,364**	1,000
		Sig. (bilateral)	<0,001	.
		n	119	121

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

ACCESO A INFORMACIÓN RELACIONADA CON PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS POR PARTE DE LOS PEDIATRAS DEL HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ, EN EL 2018

Se observa que la mayoría de pediatras (66,7% de los encuestados) no han recibido información en los últimos dos años respecto a Prevención en Salud Bucal en la primera infancia. (Tabla 15)

Tabla 15. Acceso a información en los últimos dos años, relacionada con Prevención en Salud Bucal en la primera infancia, por parte de los pediatras del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

	<i>n</i>	%
<i>Si</i>	<i>9</i>	<i>30,0</i>
<i>No</i>	<i>20</i>	<i>66,7</i>
<i>No contesta</i>	<i>1</i>	<i>3,3</i>
<i>TOTAL</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PEDIATRAS Y SU ACCESO A INFORMACIÓN RELACIONADA A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

Se observa que los pediatras que tienen acceso a la información presentan mayoritariamente, en un 77,8%, un nivel de conocimiento regular; y solo el 11,1% presentan un nivel de conocimiento bajo. En cambio, los pediatras que no tienen acceso a esa información presentan en el 35% de los casos, un nivel de conocimiento bajo. (Tabla 16)

Tabla 16. Nivel de conocimiento según el acceso a información relacionada con Prevención en Salud Bucal en los últimos dos años por parte de los pediatras del HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

Acceso a información	Nivel de Conocimiento							
	Bajo		Regular		Bueno		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%	9	100,0%
No	7	35,0%	10	50,0%	3	15,0%	20	100,0%
Total	8	27,6%	17	58,6%	4	13,8%	29	100,0%

Prueba de Chi Cuadrado; $p = 0,338$

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PEDIATRAS Y LAS MADRES RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD

Se observa que tanto en pediatras y madres predomina el nivel de conocimiento regular (60% de los pediatras y 56,2% de las madres), seguido por un nivel de conocimiento bajo (26,7% de los pediatras y 24% de las madres). Según la prueba estadística U de Mann Whitney no existen diferencias significativas ($p \geq 0,05$) entre los conocimientos de ambos grupos por lo que se concluye que existe una relación entre el nivel de conocimiento de los pediatras y las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad. (Tabla 17 y Figura 12)

Tabla 17. Relación entre el nivel de conocimiento de los pediatras y madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

	Nivel de Conocimiento							
	Bajo		Regular		Bueno		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Madre	29	24,0%	68	56,2%	24	19,8%	121	100,0%
Pediatra	8	26,7%	18	60,0%	4	13,3%	30	100,0%
Total	37	24,5%	86	57,0%	28	18,5%	151	100,0%

Prueba U de Mann-Whitney; $p= 0,500$

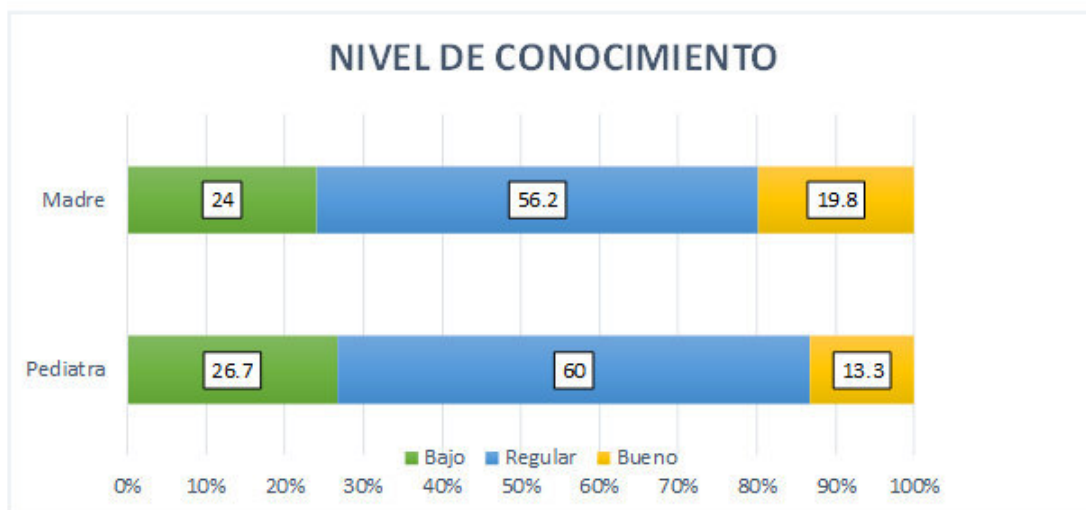


Figura 12. Nivel de conocimiento de los pediatras y madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad. (Fuente: Autor de la tesis)

RELACIÓN ENTRE LA ACTITUD DE LOS PEDIATRAS Y LAS MADRES RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD

Se observa que tanto en pediatras y madres predomina una actitud indiferente (43,3% de los pediatras y 45,5% de las madres), seguido por una actitud positiva (36,7% de los pediatras y 31,4% de las madres). Según la prueba estadística U de Mann Whitney no existen diferencias significativas ($p \geq 0,05$) entre las actitudes de ambos grupos por lo que se concluye que existe una relación entre la actitud de los pediatras y las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad. (Tabla 18 y Figura 13)

Tabla 18. Relación entre la actitud de los pediatras y madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses, en el HONADOMANI San Bartolomé-MINSA, 2018.

	Actitud							
	Negativa		Indiferente		Positiva		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Madre	28	23,1%	55	45,5%	38	31,4%	121	100,0%
Pediatra	6	20,0%	13	43,3%	11	36,7%	30	100,0%
Total	34	22,5%	68	45,0%	49	32,5%	151	100,0%

Prueba U de Mann-Whitney; $p = 0,572$

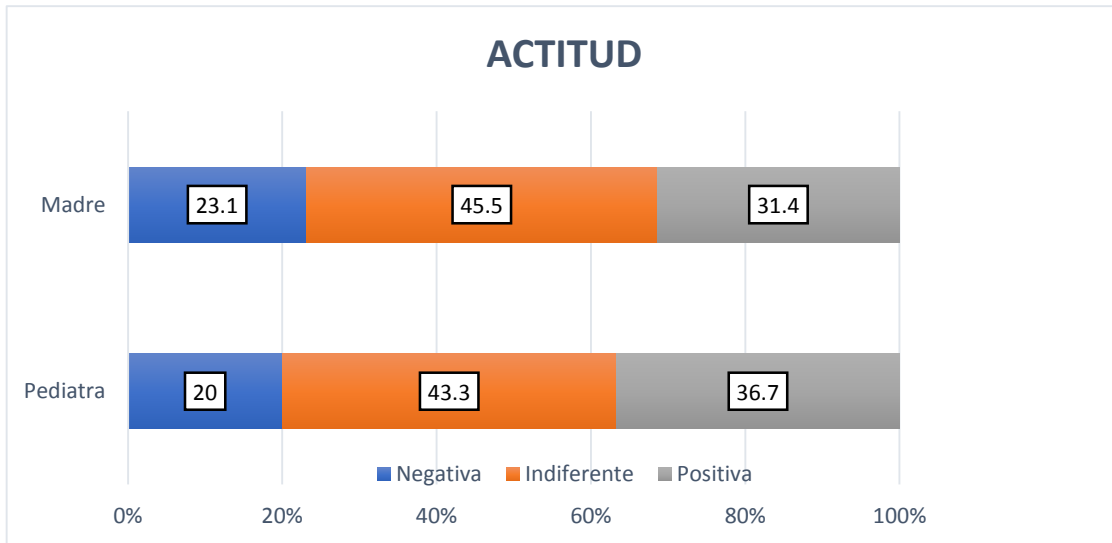


Figura 13. Actitud de los pediatras y madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad. (Fuente: Autor de la tesis)

VI. DISCUSIÓN

En el presente estudio participaron 30 pediatras y 121 madres de hijos menores de 3 años; obteniéndose un mayor porcentaje de pediatras que tienen 6 años o más de ejercicio profesional (83%); y en el caso de las madres los datos sociodemográficos con mayor predominancia fueron el intervalo de edad 21-30 años (47,1%), y el nivel de instrucción secundaria con un 39,1%.

Los resultados obtenidos en la presente investigación ponen de manifiesto el déficit que aún presentan los pediatras en sus conocimientos sobre prevención en salud bucal en la primera infancia, observándose así que la mayoría de pediatras encuestados presentan un nivel de conocimiento regular (60%), seguido por un nivel de conocimiento malo (26,7%); resultados similares se obtuvieron en el estudio de Contreras; Valdivieso y col.⁽¹²⁾; ellos evaluaron los conocimientos que tenían los profesionales de la salud de la DIRESA IV Lima- Este, respecto a medidas preventivas de caries dental; obteniendo así que los pediatras presentaban predominantemente un nivel de conocimiento regular (65,7%), aunque en este estudio si se encontró un mayor porcentaje de pediatras con nivel de conocimiento bueno (22,9%). Otro estudio concordante con la presente investigación, fue el de Becerra Díaz (2017) ⁽²⁰⁾, en Chiclayo; sin embargo, en este estudio si se encontró una mayor paridad entre los distintos niveles de conocimientos, aunque con un ligero predominio por el nivel de conocimiento regular (39,4%), seguido por un nivel de conocimiento bueno (31%).

Como se puede observar, no existe demasiada variación en los conocimientos del pediatra respecto a prevención en salud bucal, a pesar de la diferencia de años entre los estudios realizados, lo cual lo convierte en un factor de riesgo importante de CIT. Los pediatras argumentan no poseer el conocimiento óptimo, debido a que no fueron instruidos en temas de salud oral, en los últimos años. Se encontró que el 69% de los pediatras no ha recibido información en los últimos 2 años relacionada a Prevención en Salud Bucal en la Primera Infancia. Esto nos lleva al estudio realizado por Hope; Zaror y col. (2013) ⁽⁴⁾, ellos realizaron un trabajo de investigación donde describieron

que un 66,87% de los pediatras chilenos encuestados, manifestaron nunca haber recibido instrucción en salud oral durante su formación como especialista. Es aquí donde nosotros debemos asumir ese rol y tomar en cuenta que nuestro papel se vuelve aún más importante, al observar que, instruyendo correctamente al pediatra, éste podrá transmitir de una mejor forma sus conocimientos a la madre al momento de la consulta, recordando que el pediatra es el primer profesional de la salud en conversar con la madre durante los controles de crecimiento y desarrollo del niño.

Los resultados obtenidos respecto a las actitudes del pediatra sobre prevención en salud bucal en niños menores de 3 años, indicaron que hay un predominio por una actitud indiferente (43,3%), seguido por una actitud positiva (36,7%); resultado concordante con el estudio de Becerra Díaz (2017) ⁽²⁰⁾, que obtuvo que un 73,2% de los pediatras tienen una actitud neutra o indiferente; sin embargo, en este estudio se encontró que apenas un 7% de los pediatras presentaba una actitud positiva.

Los resultados obtenidos respecto a los conocimientos de la madre sobre prevención en salud bucal en niños menores de 3 años, determinaron que hay un predominio por un conocimiento regular (56,2%), seguido por un conocimiento malo (24%); resultados similares se obtuvieron en el trabajo realizado por Paz Mamani (2014), ⁽¹⁸⁾ cuyo estudio fue llevado a cabo en el mismo hospital de donde se obtuvo la muestra en el presente trabajo de investigación, en este caso se evaluó el nivel de conocimiento que tenían las madres sobre las medidas preventivas en salud bucal de sus hijos de 0 a 36 meses; los resultados mostraron un predominio del conocimiento regular (59,6%) seguido de un nivel de conocimiento malo (31,7%).

Esto nos permite reflexionar que habiendo transcurrido ya varios años del estudio realizado por Paz Mamani, aún no se observan cambios radicales o mejoras ante esta problemática, se mantiene la tendencia, es por ello de vital importancia tomar conciencia que se está fallando, que, a pesar de conocer la problemática, no se están tomando las medidas correctas para lograr un cambio verdadero. Es aquí que debemos preguntarnos cuál debe ser el papel que debemos asumir y como participar

de forma activa para poder obtener cambios a futuro y no solo sentarnos a esperar que se dé el cambio por sí solo.

En contraste con el presente estudio, tenemos el trabajo realizado por Ríos Angulo (2014) ⁽¹⁹⁾, en el Policlínico Pacasmayo EsSalud en Trujillo; donde se encontró que el nivel de conocimiento de las madres respecto a medidas preventivas en salud bucal era predominantemente bueno y regular (67,5% y 32,5% respectivamente).

El estudio realizado en Paraguay (2010) por Teixeira; Vásquez y col. ⁽¹⁴⁾ nos muestra la otra cara de la realidad, ya que en su estudio evaluaron el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años, y obtuvieron que el 85% de ellas presentaban un conocimiento no aceptable; y apenas el 1% un conocimiento bueno.

Respecto a las actitudes de las madres sobre prevención en salud bucal en la primera infancia, los resultados de la presente investigación mostraron un predominio por una actitud indiferente (45,5%), seguido por una actitud positiva (31,4%)

En el trabajo realizado por Ríos Angulo (2014) ⁽¹⁹⁾, se obtuvo valores distintos, respecto a la actitud de las madres frente a las medidas preventivas en salud bucal, obteniéndose así que el 80,8% presentó una actitud positiva o adecuada. Así del mismo modo otro trabajo de investigación realizado recientemente por Espinoza Castañeda (2017) ⁽⁵³⁾ llegó a resultados similares a los de Ríos Angulo, obteniendo en su estudio que las madres presentaban una actitud buena en su mayoría (51,7%); seguido de una actitud neutra (44,9%)

Los resultados muestran que la autoevaluación que tienen los pediatras sobre sus conocimientos es predominantemente buena (44,8%), en comparación con la autoevaluación que tienen las madres sobre sus conocimientos que es mayoritariamente regular (58%). En el año 2002, Olivera ⁽⁹⁾ realizó un estudio analítico comparativo sobre el comportamiento médico y materno en el cuidado dental temprano; encontrando resultados distintos a nuestro estudio, debido a que

solo el 19,2% de los pediatras manifestaron tener conocimientos buenos sobre promoción y prevención en salud bucal. Vilarinho; Reis y col. ⁽¹⁶⁾, realizaron un estudio en el 2013 en Brasil, donde evaluaron los enfoques adoptados por los pediatras en relación a la salud oral de los niños; y encontraron resultados similares a nuestro estudio respecto a la autoevaluación que hacían los pediatras sobre sus conocimientos, el 59% consideraba que era bueno y el 37% que era regular.

En el presente estudio, se observa que existe un comportamiento similar entre los conocimientos y actitudes de los pediatras con el de las madres respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad, en ambos grupos predomina un nivel de conocimiento regular (56,2% en las madres y 60% en los pediatras); y una actitud indiferente (45,5% en las madres y 43,3% en los pediatras), de aquí se concluye que existe una relación directa entre sus conocimientos, esto debido a que para el estudio se tomó en cuenta solo a los pediatras que transmitían la información que tenían a las madres al momento de la consulta. Es por ello la relevancia de este estudio, para demostrar la importancia del binomio pediatra-madre, ya que los conocimientos sobre prevención que posea la madre en los primeros años de vida de su hijo, van a depender en gran medida de cuánto conozca el pediatra y si estos conocimientos son los correctos. Esto debido a que el pediatra es responsable de transmitir la información al momento de la consulta y asegurarse de que la madre tenga los conocimientos básicos necesarios para poder así promover buenos hábitos de higiene oral. Luego estos conocimientos se verán más afianzados después de pasar la primera consulta con el odontopediatra.

Se encontró una relación directa entre los conocimientos y las actitudes que tiene la madre respecto a prevención en salud bucal, es así que a mayor nivel de conocimiento mostrará una actitud más favorable. En cambio, los resultados muestran que no existe una relación significativa entre los conocimientos y actitudes que tiene el pediatra respecto a prevención en salud bucal. Esto puede deberse debido a que se trabajó con una población de pediatras no muy grande. Resultado similar se encontró en el estudio realizado por Rojas Mayhure (2008) ⁽¹³⁾, donde se

evaluó la relación entre nivel de conocimiento y actitud de los pediatras respecto a prevención de CIT; dando como resultado que no se halló asociación significativa entre las variables estudiadas.

En el estudio se observa que existe una relación entre los conocimientos y algunas características sociodemográficas de la madre como la edad y el grado de instrucción; viéndose así que a mayor grado académico o a mayor edad, se ve un mejor nivel de conocimientos. Resultados similares se encontraron en los estudios de Paz Mamani (2014) ⁽¹⁸⁾ y Ríos Angulo (2014) ⁽¹⁹⁾. Ambos autores, encontraron una asociación entre el nivel de conocimiento de las madres con su edad y grado de instrucción.

En el estudio se observa que no existe una relación entre las actitudes y las características sociodemográficas de la madre como la edad, grado de instrucción y número de hijos. Sin embargo, Ríos Angulo (2014) ⁽¹⁹⁾, encontró resultados distintos respecto a esta relación, según su estudio existía una asociación entre la actitud y el nivel de instrucción de la madre. Además, Teixeira; Vásquez y col. (2010) ⁽¹⁴⁾ encontraron que las madres mayores de 25 años presentaban mejores niveles de conocimientos.

En el estudio se observa que no existe una relación entre los conocimientos del pediatra y algunas de sus características como tiempo de ejercicio profesional o universidad donde realizó su especialidad. Rojas Mayhuire (2008) ⁽¹³⁾, encontró resultados similares en su estudio, debido a que no encontró asociación entre el nivel de conocimiento de los pediatras y su tiempo de ejercicio profesional.

En el estudio se observa que, si existe una relación entre las actitudes del pediatra y su tiempo de ejercicio profesional, viéndose así que a mayor tiempo de ejercicio profesional se observa una mejor actitud. En contraste con nuestros resultados, Rojas Mayhuire (2008) ⁽¹³⁾, encontró resultados diferentes en su estudio, debido a que no encontró asociación estadísticamente significativa entre la actitud de los pediatras y tiempo de ejercicio profesional ($p > 0,005$).

En cuanto a las preguntas de conocimiento que se le formuló al pediatra, se puede apreciar que la primera pregunta fue la que tuvo más equivocaciones (55,17% de los pediatras), no reconociendo al uso de la pasta dental fluorada desde la erupción del primer diente como un factor de protección. Esto es preocupante, debido a que los conceptos año a año se van renovando, pero aún muchas personas, incluyendo los pediatras, permanecen con el concepto errado de que la pasta dental fluorada no debe ser usada hasta que el niño haya aprendido a escupir bien, esto debido al peligro que para ellos supone el tragarse la pasta dental; pero esto no es así, ya que en una Resolución Ministerial del Minsa en el 2017 ⁽⁴⁵⁾, se acepta la incorporación de la pasta dental fluorada en los hábitos de higiene oral diaria desde la erupción del primer diente; y la evidencia científica es contundente respecto a la efectividad de las pastas dentales con concentraciones de ≥ 1000 partes por millón (ppm) de flúor en la reducción de caries. Por ello, para lograr un balance entre los beneficios anti-caries de la pasta dental fluorada y el riesgo de fluorosis dental leve por ingesta, en niños de hasta 3 años no se debe colocar más que un “granito de arroz”. ⁽⁴⁵⁾

VII. CONCLUSIONES

1. Los pediatras y las madres presentan un nivel de conocimiento predominantemente regular respecto a prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad.
2. Los pediatras y las madres presentan una actitud predominantemente indiferente sobre prevención en salud bucal en niños de 0 a 36 meses de edad.
3. Existe relación entre los conocimientos y actitudes de los pediatras con el de las madres.
4. Existe una relación directa entre los conocimientos y actitudes de las madres.
5. No existe relación entre los conocimientos y actitudes de los pediatras.
6. Los pediatras tienen una autoevaluación sobre sus conocimientos predominantemente buena, en comparación con la autoevaluación que tienen las madres que es mayoritariamente regular.
7. Existe relación entre el nivel de conocimientos y la autoevaluación de conocimiento. A mayor conocimiento que presenten, mayor nivel de conocimiento indicaran en su evaluación.
8. Existe relación entre el nivel de conocimiento y algunas características sociodemográficas de la madre como la edad y el grado de instrucción.
9. Existe relación entre las actitudes del pediatra y su tiempo de ejercicio profesional.
10. Los resultados de la presente investigación, no se pueden extrapolar a todos los pediatras y madres del Perú; ya que para ello se necesitaría realizar un estudio con una mayor población y muestra.

VIII.RECOMENDACIONES

1. En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, es necesario desarrollar un plan de trabajo, tanto en el Hospital San Bartolomé como en otros Servicios de Salud, con el fin de promover o difundir información relacionada a prevención en salud bucal durante la primera infancia.
2. Se deben elaborar o actualizar las guías de promoción y prevención de salud bucal para las madres, incidiendo en la importancia del conocimiento y aplicación efectiva de los hábitos de higiene bucal del niño.
3. Los programas de residentado y/o cursos de actualización de Pediatría deberían incluir temas relacionados a prevención en salud bucal en la primera infancia.
4. Aún hay muchas cosas por mejorar para seguir disminuyendo el índice de prevalencia de Caries de Infancia Temprana, para ello es importante la interacción entre el odontólogo y el pediatra, para así de este modo el pediatra pueda mejorar sus conocimientos y así poder transmitirlos de una mejor forma a las madres que acuden a consulta con sus hijos.
5. Establecer estrategias específicas para que el conocimiento pueda ser bien difundido por parte de los pediatras a las madres.
6. Realizar estudios donde se evalúen como los conocimientos y actitudes que tienen las madres respecto a prevención en salud bucal, repercuten en el estado de salud bucal del niño.
7. Se requieren estudios longitudinales, para evaluar si el nivel de conocimiento y actitudes de los pediatras y madres varían o se mantienen a través del tiempo.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Henostroza G. Facultad de Estomatología. "Roberto Beltrán Neira". Diagnóstico de Caries Dental. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2005.
2. Cahuana A; Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediátrica Española 2010; 68(7): pág.351-357.
3. Freire, M; Macedo, R.; Silva, W. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. Rev. Odontol. Bras. Sao Paulo, v.14, n.3, pág.303-311, jul/set. 2000.
4. Hope L; Zaror S. Conocimientos y actitudes de los pediatras chilenos sobre salud oral. Int. J. Odontostomat. vol.7 n.2 Temuco ago. 2013
5. Palomer L. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. Revista Chilena 2006; 77(1): pág.56-60.
6. Navas R; Mejía M y col. Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición. Acta Odontológica Venezolana 2006; 44 (3): 346-351.
7. Del Carpio M, Soldevilla A. Factores de Riesgo de Caries Dental en Bebés, 2005. Disponible en: <http://bonemaison.blogia.com/2005/060203-factores-de-riesgo-de-caries-dental-en-bebes.php>. Citado el 23 de febrero del 2018.
8. Saldarriaga A, Saldarriaga O. El médico general y el Pediatra. Revista Federación Odontológica Colombiana; 204(4): pág.7- 13, oct/dic. 2002.
9. Olivera J. Atitudes dos médicos pediatras e das mães sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 36 meses de idade em Florianópolis-SC. [Tesis para obtener el título de Doctor en Odontología]. Universidad Federal de Santa Catarina - Florianópolis, 2002.
10. Anticono C.F. Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de la primera infancia de los médicos pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño. [Tesis Bachiller]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006.

11. Dalto V, Turini B, Junior L. Conhecimento e atitudes de pediatras em relação à cárie dentária. Interface- Comunicação Saúde Educação (Brasil), vol.12 n.24, p.205-210, ene/mar. 2008.
12. Contreras N, Valdivieso M y col. Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de la salud sobre caries dental en el infante. Revista Estomatológica Herediana; vol.18 (1): pág.29-34, 2008.
13. Rojas P.M. Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de infancia temprana de los pediatras del Colegio Médico del Perú. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2008.
14. Teixeira P, Vásquez C. y Domínguez V. Nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo-Paraguay, 2010. Revista Salud Pública Paraguay; vol.1 (1): pág.3-12, 2011.
15. Nunes O, Correa E, Brusco L y col. Percepções e condutas de médicos pediatras com relação à promoção de saúde bucal. Rev. Gaucha Odontol., Porto Alegre, v.59, n.2, p.251-257, abr-jun. 2011.
16. Vilarinho I, Reis A, Almeida L y col. Conduta de pediatras em relação à saúde bucal de crianças. Rev. odontol. UNESP vol.42 n.4 Araraquara (Brasil), Jul-ago. 2013.
17. Gonzáles E, Pérez-Hinojosa S, Alarcón J, Peñalver M. Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. Revista Pediátrica (Barcelona) 2015, vol.82 n.1: 19-26.
18. Paz Mamani M. Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani "San Bartolomé"- MINSA 2014. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.
19. Ríos Angulo C. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares en el policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Privada Antenor Orrego, 2014.

20. Becerra Díaz A. Conocimiento, actitud y conducta de médicos pediatras de Chiclayo sobre la salud bucal de infantes, 2017. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Señor de Sipán, 2017.
21. Navarro A. Caries del biberón. Revista Pediátrica Atención Primaria, octubre-diciembre; vol.1 n.4, 1999.
22. Palma C. Orientaciones para la Salud Bucal en los primeros años de vida. Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP).
23. Arango M, Baena G. Caries de Infancia Temprana y factores de riesgo. Revisión de la literatura. Rev. Estomatológ. Pediátrica vol.12 n.1: 59-64, 2004.
24. Jones K, Tomar S. Estimated Impact of Competing Policy Recommendations for Age of First Dental Visit. Rev. Pediátrica; vol.115 n.4, pág:906-914, 2005.
25. Sánchez, Y. Ensayo comunitario de intervención: incidencia de caries en preescolares de un programa educativo-preventivo en salud bucal. Lima, Perú. Rev. Estomatol. herediana. Vol. 22 n. 1. Enero-marzo 2012. Pág: 3-15
26. Tobler D.C. y Casique L.D. Relación entre la caries dental en prescolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos-Maynas 2014. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2014.
27. Iwamoto C. Relación entre la prevalencia de caries dental y el tipo de azúcar consumido en la dieta en una población infantil de 12 a 42 meses de edad que asisten al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Policlínico Santa Rosa y al Policlínico Angamos en Lima, Perú, 1996. [Tesis de grado de bachiller, UPCH]; 1996.
28. Reynolds E, Del Río A. Effect of casein and whey-protein solutions on caries experience and feeding patterns of the rat. Arch. Oral Biol. 1984; 29: 927-933.
29. Bowen W, Pearson S. y col. Assessing the cariogenic potential of some infant formulas, milk and sugar solutions. Journal American Dental Association. 1997; vol.128, pág: 865-871.
30. SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL BEBE. Disponible en: <http://www.odontobebeperú.org>. Citado el 10 de marzo del 2018.

31. Miñana V y Grupo PrevInfad. Promoción de la Salud bucodental. Rev. Pediatr Atención Primaria vol.13 n.51 Madrid jul.-set. 2011.
32. Mäkinen K, Bennett C, Hujoel P y col. Xylitol chewing gums and caries rates: a 40-month cohort study. Journal Dent Res.1995; vol.74, pág: 1904-1913.
33. Maguire A, Rugg-Gunn A, Butler T. Dental health of children taking antimicrobial and non-antimicrobial liquid oral medication long-term. Caries Res. 1996; vol.30, pág: 16-21.
34. Ripa, L. Nursing habits and dental decay in infants: Nursing bottle caries. Journal Dent Child, 1978; vol.45 n.4: 274-275.
35. Valle D, Modesto A, Souza I. Hábitos alimentares e prevalencia da doença carie em bebês. Revista Brasileira Odontología; vol.58 n.5: pág.332-335, 2001
36. Villena M. Introducción del azúcar en la dieta y su frecuencia de consumo en niños de 0 a 36 meses de edad. [Tesis de grado de bachiller]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1994.
37. Correa M. Aleitamento artificial. In: Odontopediatria na primeira infancia. Sao Paulo: Santos, 1999.
38. Walter L, Ferelle A, Issao M. Odontología para o bebê. Sao Paulo: Artes médicas, 1997
39. Staehle H. Posibilidades terapéuticas en el cuidado odontológico de los niños con el síndrome del biberón. Quintessence (Edic. Esp.); vol.8: 507-521, 1990.
40. Pires dos Santos A. Mendes V. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. Revista Odontológica Brasileira 2002, Julio-septiembre; vol.16 n.3: pág.143-146.
41. Chavarro I. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo: Posibles factores asociados. Pediatría 2000 Marzo; vol.35 n.1: pág. 32- 34
42. Clemente Romero C. Prevalencia de Caries de Infancia Temprana según el método ICDAS II y su relación con los factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.

43. Castillo J.L. Manejo preventivo de caries de aparición temprana. Revista Peruana de Pediatría, Set-Dic 2006, pág: 29-34.
44. Lartitegui M. Odontología preventiva y comunitaria. Editorial Argitalpen zerbitzua. Edición 2006. Universidad del País Vasco - España. Pág. 44
45. MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños. Lima-Perú, pág: 14-17, 2017.
46. Sánchez Rubio R.M. Efectos del barniz de Clorhexidina – timol al 1% en las reducciones de *Streptococcus Mutans* en saliva de niños con Caries de Biberón. [Tesis - Doctoral]. Universidad de Granada. 2005.
47. Saavedra Padilla N. Prevalencia de Caries de Infancia Temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el hospital “Marino Molina Scippa”, Lima 2011. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Privada Norbert Wiener, 2011.
48. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Dirección general de salud de las personas. Lima-Perú, pág: 16-33, 1996.
49. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años en Santiago-Chile; pág.16-17, 2009. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf>. Citado el 12 de julio del 2018.
50. De Priego M, Gálvez D, Salinas C. Novedades en el uso del barniz de flúor. Reporte de caso. Revista de Odontopediatría Latinoamericana; vol.3 n.2, 2013.
51. Marinho V, Higgins J, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents (Review). Editorial Cochrane Oral Health, vol.2, 2002.
52. Dean J, Avery D. y col. Odontología para el Niño y el Adolescente. Editorial Amolca. Novena Edición, 2014, pág.313-315.

53. Espinoza Castañeda A. Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.
54. Amones Quenta H. Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental y su relación con la prevalencia de caries dental de sus hijos de 3 a 5 años de edad, que acuden al puesto salud Ramón Copaja del distrito alto de la Alianza-Tacna. Enero a marzo 2015. [Tesis de grado de Bachiller]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2015.
55. De Casaretto H. Primera visita del bebé al consultorio odontológico. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños, 2001; vol.33 n.2: 20-23
56. Lara González A.D. Caries y su relación con hábitos alimenticios y de higiene en niños de 6 a 36 meses de edad. [Tesis para obtener el grado de Maestría]. Universidad Autónoma de Chihuahua, 2012.
57. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Dirección general de salud de las personas. Lima-Perú, pág: 16-33, 1996.
58. Franco A, Santamaría A. y col. El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontología; vol.17 n.1: pág.19-29, 2004.
59. Giraldo M, Colonia A. y col. Evaluación de conocimientos en salud bucal de los acudientes al programa "SIPI", en una IPS de Medellín, 2005. Revista CES Odontología; vol.19 n.2: pág.10-25, 2006.
60. Ander-Egg E. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Primera edición Buenos Aires. Editorial Humanitas; 1978.
61. Contreras N. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante, Lima-Perú. [Tesis Especialidad en Odontopediatría]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.
62. Savage M, Lee J. y col. Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs. Pediatrics 2004; vol.114 n.4: pág.418-423.

63. Holt K, Barzel R. A health professional's guide to pediatric oral health management. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington D.C, 2003
64. Casamassimo P, Holt K, Guide for oral health risk assessment training. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington D.C, 2003.
65. David M, Krol M. Educating Pediatricians on children's Oral Health: Past, Present, and future. Pediatrics 2004; vol.113 n.5: pág.487-492.
66. Pisconte E.G. Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental, en el distrito La Esperanza-Trujillo. [Tesis de grado de Bachiller], Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010.
67. Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimientos sobre Salud Oral de los padres y la Higiene Bucal de sus niños discapacitados [Tesis de grado de Bachiller], Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006.
68. Benavente L, Chein S, Ventocilla M y col. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Rev.Odontol.Sanmarquina, 2012; vol.15 n.1, pág:14-18.
69. MINISTERIO DE SALUD. Documento Técnico: Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, pág: 7-28, 2017.

X. ANEXOS:

ANEXO 1:

Consentimiento informado de la madre. (Modelo aprobado por la comisión de ética del Instituto de Salud del Niño). Basado en el estudio realizado por Paz Mamani, 2015. ⁽¹⁸⁾

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Sede: Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”



“RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PEDIATRAS CON EL DE LAS MADRES RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD; EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ, 2018”



CONSENTIMIENTO INFORMADO para el Cuestionario estructurado

Yo, _____, con DNI N° _____
(Nombre de la madre)

Domiciliada en _____

Declaro:

Que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de participar en un cuestionario, donde responderé a unas preguntas, cuyo objetivo principal es informar acerca de las medidas preventivas y educativas que conozco y aplico para la salud bucal de mi menor hijo.

Al respecto, el Sr. Joel Villanueva, me ha explicado que estos datos serán registrados con el fin de realizar un estudio de investigación, cuyos resultados serán publicados únicamente con fines científicos, sin embargo, mis datos personales serán confidenciales, y no serán publicados de modo individual.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro, sencillo; y se me ha aclarado todas las dudas que he planteado. También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance de la misma.

CONSIENTO

Nombre madre _____ Firma _____

Investigador _____ Firma _____

Fecha: _____

ANEXO 2:

➤ CUESTIONARIO PARA LOS PEDIATRAS ⁽¹³⁾

El presente cuestionario es ANÓNIMO. Agradeceré mucho su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva.

Instrucciones:

Marcar con un aspa la respuesta correcta.

1ª parte

1. *Tiempo de ejercicio profesional:*

- a) Menor a 6 años
- b) De 6 años a más

2. *Universidad donde realizó su especialidad:*

- a) Pública
- b) Privada

2ª parte

Marcar con un aspa la respuesta correcta.

1. *¿Cuál de los siguientes factores no está asociado a la producción de caries dental en infantes?:*

- a) Defectos del esmalte
- b) Herencia
- c) El amamantamiento frecuente y prolongado.
- d) Ingestión frecuente de alimentos ricos en carbohidratos.
- e) Uso de pasta dental fluorada desde la erupción del primer diente.

2. *¿Cuál es la principal bacteria causante de la caries dental?*

- a) Streptococcus oralis
- b) Streptococcus salivarius
- c) Streptococcus mutans
- d) Lactobacillus acidophilus
- e) Ninguna de las anteriores.

3. ¿Cuándo se debe iniciar la higiene bucal en el infante?

- a) 3 meses
- b) cuando el niño pueda sentarse y cooperar.
- c) cuando el infante sea conciente y comprenda la importancia de la higiene bucal.
- d) desde el nacimiento.
- e) desde la erupción del primer diente.

4. ¿Qué elementos de higiene bucal sería(n) el (los) más adecuado(s) para un infante de 9 meses?

- a) gasa embebida con agua hervida
- b) cepillo dental solo
- c) cepillo y pasta dental
- d) cepillo y bicarbonato de sodio
- e) a esa edad todavía no es necesario realizarle la higiene bucal

5. ¿Cuándo se debe iniciar la fluorización en el infante?

- a) Desde el nacimiento
- b) cuando erupcionan los primeros dientes.
- c) a los 2 años
- d) a los 3 años, cuando han erupcionado todos los dientes temporales.
- e) ninguna de las anteriores.

6. ¿Cuál es la mejor forma de administración de flúor para los infantes?

- a) flúor prenatal vía sistémica
- b) fluoración del agua potable
- c) flúor tópico en forma de barniz de flúor
- d) flúor tópico en forma de gel
- e) b y c

7. ¿Cuál es la edad ideal, para realizar la primera consulta odontológica?

- a) Cuando se observe algún tipo de mancha en los dientes.
- b) durante el primer año de vida
- c) cuando el niño pueda sentarse solo
- d) cuando el niño pueda colaborar con el tratamiento odontológico.
- e) no mayor de los 3 años

8. ¿Qué sucede cuando no se trata una lesión de caries?

- a) Se puede perder el diente
- b) La caries puede llegar a afectar al diente permanente.
- c) Dependiendo del sistema inmunológico del infante, la caries se detendrá o avanzará.
- d) Las bacterias llegarán a entrar al torrente sanguíneo.
- e) Todas las anteriores.

(*) Tomado de la Tesis de Rojas Mayhuire. Nivel de conocimiento y actitud sobre caries de infancia temprana de los pediatras del Colegio Médico del Perú. Validado con el criterio de juicio de expertos y sometido a prueba de confiabilidad en el test de Cronbach.

3ª parte ⁽²⁰⁾

Después de leer cada enunciado, marque con una "X" en el recuadro según crea conveniente, recuerde que ninguna respuesta es buena o mala.

MA: Muy de acuerdo A: De acuerdo I: Indiferente
D: En desacuerdo MD: Muy en desacuerdo

1. La atención integral de salud en el infante debe incluir evaluación preventiva de enfermedades bucales, además de orientación anticipada sobre crecimiento y desarrollo.	MA	A	I	D	MD
2. Los médicos pediatras tienen el deber de asegurarse que los responsables del infante hayan asumido la responsabilidad de la salud oral y demuestren dominio y uso sistemático de las técnicas preventivas de atención de la salud oral.	MA	A	I	D	MD
3. El pediatra debe proporcionar orientación para el manejo básico-elemental de traumatismos y patologías orales.	MA	A	I	D	MD
4. El pediatra tiene la educación y capacitación necesaria para realizar el despistaje de enfermedades orales.	MA	A	I	D	MD
5. Si el niño tiene encías adoloridas causadas por la erupción del diente, recomienda el uso de un cojín de gasa humedecido fresco para tratar de aliviar el malestar.	MA	A	I	D	MD

6. Evitar compartir utensilios ayuda a prevenir la transmisión de las bacterias que causan la caries dental de los padres, especialmente de la madre, al niño a través de la saliva.	MA	A	I	D	MD
7. El médico pediatra debe tener un enfoque claro de medidas de prevención de enfermedades orales.	MA	A	I	D	MD
8. El uso de flúor barniz en los niños como prevención de lesiones cariosas en dentición primaria, es a partir del 1er año de edad.	MA	A	I	D	MD

(*) Tomado de la Tesis de Becerra Díaz. Conocimiento, actitud y conducta de médicos pediatras de Chiclayo sobre la salud bucal de infantes, 2017. Validado con el criterio de juicio de expertos y sometido a prueba de confiabilidad en el test de Cronbach.

***Preguntas adicionales:**

1. ¿Cómo califica su grado de conocimiento sobre Prevención de Caries de Infancia Temprana?

a) Excelente b) bueno c) regular d) malo e) deficiente

2. En los últimos dos años. ¿Ha recibido información relacionada con Prevención en Salud Oral en niños de 0 a 36 meses?

a) Si b) No

ANEXO 3:

➤ CUESTIONARIO PARA LAS MADRES ⁽¹⁹⁾

El presente cuestionario es ANÓNIMO. Los resultados obtenidos a través de éste, serán utilizados para desarrollar un trabajo de investigación sobre el rol del pediatra y la madre en relación a la prevención en salud oral en niños de 0 a 36 meses de edad. Agradeceré mucho su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva y veraz.

GUIA DE ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCAL

Marcar con un aspa la respuesta correcta.

1ª parte

1. Edad de la madre:

- a) De 18 a 20 años b) De 21 a 30 años c) De 31 años a más

2. Grado de Instrucción académica:

- a) Primaria
b) Secundaria
c) Superior Universidad
d) Superior Técnico

3. Número de hijos:

- a) Un hijo b) Dos hijos c) Tres o más hijos

2ª parte

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL	Verdadero	Falso	No se
1. La caries es una enfermedad infectocontagiosa del diente.			
2. La caries puede aparecer en niños menores de 2 años.			
3. El primer diente en la boca del bebé puede aparecer a partir de los 5 meses.			
4. Todos los dientes de leche están completos en boca a la edad de 2 años.			
5. El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar.			
6. El cambio de biberón a taza debería iniciarse a partir de los 15 meses.			
7. La higiene bucal del bebé después de cada comida debería realizarse incluso antes de que aparezca el primer diente.			

8. Cepillar los dientes del bebé es importante para su salud bucal.			
9. Usar pasta dental con flúor es importante para prevenir la caries.			
10. Es necesario curar las caries en los dientes de leche.			

ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL	De acuerdo	No se	desacuerdo
1. Pienso que la caries se transmite por usar los mismos utensilios para comer.			
2. Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del bebé.			
3. Considero que alimentar al bebé por la noche sin limpieza oral posterior puede causar caries.			
4. Opino que una alimentación frecuente de golosinas puede causar caries.			
5. Pienso que los dientes de un niño deben ser cepillados.			
6. Pienso que el niño es capaz de lavarse los dientes por sí mismo.			
7. Opino que tragar pasta dental puede causar daño a la salud del niño.			
8. Considero importante que el niño visite al dentista antes de los 2 años.			
9. Opino que el uso prolongado de biberón puede producir mala posición de dientes.			

(*) Tomado de la Tesis de Ríos Angulo. "Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares en el policlínico Pacasmayo ESSALUD, Trujillo 2014". Validado con el criterio de juicio de expertos y sometido a prueba de confiabilidad en el test de Cronbach.

***Pregunta adicional:**

1. ¿Cómo califica su grado de conocimiento sobre Prevención de Caries de Infancia Temprana?

a) Excelente b) bueno c) regular d) malo e) deficiente

ANEXO 4:

CONSTRUCCIÓN DE LOS LÍMITES DE CONFIANZA SEGÚN LA ESCALA DE ESTANINOS PARA EL GRUPO DE PEDIATRAS (Basado en el estudio realizado por Rojas Mayhuire, 2008): ⁽¹³⁾

Estadísticos		sumcon	sumact
N	Válido	30	30
Media		5.2333	33.3000
Desv. Desviación		1.22287	3.38506

Escala de Estaninos:

Fórmula General: $X \pm 0.75 (Sx)$

Dónde: x = media

Sx = desviación estándar

Límites de confianza para la distribución de puntajes en categorías

a = media – 0.75 (Sx)

b = media + 0.75 (Sx)

1ª categoría: puntaje mínimo hasta (a)

2ª categoría: mayor de (a) hasta (b)

3ª categoría: mayor de (b) hasta el puntaje máximo

PARA NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL:

- Bajo: ≤ 4
- Regular: 5-6
- Bueno: $7 \leq$

	Conocimiento	Actitud
a	4.31618351	30.7612062
b	6.15048315	35.8387938
RANGOS	≤ 4.32 4.33 a 6.15 6.16 \leq	≤ 30.76 30.77 a 35.84 35.85 \leq

PARA NIVEL DE ACTITUD:

- Negativa: ≤ 30
- Indiferente: 31-35
- Positiva: $36 \leq$

CONSTRUCCIÓN DE LOS LÍMITES DE CONFIANZA SEGÚN LA ESCALA DE ESTANINOS PARA EL GRUPO DE LAS MADRES (Basado en el estudio realizado por Rojas Mayhuire, 2008): ⁽¹³⁾

		sumcon	sumac
N	Válido	121	121
Media		6.7851	13.9917
Desv. Desviación		2.01332	2.38221

Escala de Estaninos:

Fórmula General: $X \pm 0.75 (Sx)$

Dónde: x = media

Sx = desviación estándar

Límites de confianza para la distribución de puntajes en categorías

a = media – 0.75 (Sx)

b = media + 0.75 (Sx)

1ª categoría: puntaje mínimo hasta (a)

2ª categoría: mayor de (a) hasta (b)

3ª categoría: mayor de (b) hasta el puntaje máximo

PARA NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL:


- Bajo: ≤ 4
- Regular: 5-6
- Bueno: $7 \leq$

	Conocimiento	Actitud
a	5.275136555	12.205077
b	8.295111379	15.7783941
RANGOS	≤ 5.28 5.29 A 8.30 8.31 \leq	≤ 12.21 12.22 A 15.78 15.79 \leq

PARA NIVEL DE ACTITUD:

- Negativa: ≤ 30
- Indiferente: 31-35
- Positiva: $36 \leq$

ANEXO 5:

	PERU	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
---	------	---------------------	--	--

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

OFICIO N° 031-2019-OADI-HONADOMANI-SB

JOEL ARMANDO VILLANUEVA CRUZ
Investigador Principal
Presente. –

Exp. N° 019783-18

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en relación al Proyecto de Tesis titulado:

"RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PEDIATRAS Y MADRES RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD; EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ - MINSA, 2018"

Al respecto se informa lo siguiente:


El planteamiento del estudio y la metodología, incluyendo el análisis estadístico propuesto para la evaluación de los resultados son apropiados para el proyecto.

Conclusión

El proyecto con Expediente N°019783-18. Está aprobado por el Comité de Ética Institucional e Investigación de manera expedita.

Es propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ

M C HUGO DELGADO BARRERA
Jefe de Apoyo a la Docencia e Investigación

CARTA DE APROBACION PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION

Yo, Dra. Sandra Cusicanqui Serrano, Jefa del Servicio de CRED del HONADOMANI San Bartolomé, declaro que se me ha informado acerca del Proyecto de Investigación del bachiller Joel Armando Villanueva Cruz, titulado **"RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PEDIATRAS Y MADRES RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD; EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ- MINSA, 2018."**, a realizarse en el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y que reúne las características de competencia necesarias para realizar este proyecto, así como su viabilidad, y por lo tanto autorizo la realización de este Proyecto en el Servicio que dirijo.

Lima 10 de Diciembre del 2018

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ
SANDRA CUSICANQUI SERRANO
MEDICO PEDIATRA
CMP-38768 847 74724

Dra. Sandra Cusicanqui Serrano

Servicio de CRED
Medico Asistente

CARTA DE APROBACION PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION

Yo, Dr. Augusto Amorós Cortés, Jefe del Departamento de Pediatría del HONADOMANI San Bartolomé, declaro que se me ha informado acerca del Proyecto de Investigación del bachiller Joel Armando Villanueva Cruz, titulado **"RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PEDIATRAS Y MADRES RESPECTO A PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD; EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ- MINSA, 2018."**, a realizarse en el área de Pediatría y que reúne las características de competencia necesarias para realizar este proyecto, así como su viabilidad, y por lo tanto autorizo la realización de este Proyecto en el Servicio que dirijo.

Lima 10 de Diciembre del 2018

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Docente Madre Niño
SAN BARTOLOMÉ
.....
Dr. AUGUSTO CÉSAR AMORÓS CORTÉS
.....
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
C.M.P. 51268 R.N.E. 4483

Dr. Augusto Amorós Cortés
Jefe del Departamento de Pediatría

ANEXO 6:



